SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL
DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 007-2019- M. M. c/ Direction régionale du Service médical de la Martinique

Dossier n° 009-2019- Direction régionale du Service médical de la Martinique c/ M. M.

Décision rendue publique par affichage le 23 décembre 2021

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES,

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure

Le directeur régional du service médical de la Martinique a porté plainte le 26 mars 2018 contre M. M., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional des Antilles-Guyane de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Par une décision n°2/SAS/MK du 8 août 2019, cette section des assurances sociales a infligé à M. M. la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, dont deux mois assortis du sursis et l'a condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique la somme de 108 984,28 euros.

Procédures devant la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

1° Par une requête enregistrée au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes le 28 octobre 2019, sous le n°007-2019, M. M. demande l'annulation de cette décision du 8 août 2019, en tant seulement qu'elle l'a condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie la somme de 84 744,72 euros en raison du non-respect de la durée des soins.

2° Par une requête, enregistrée au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes le 4 décembre 2019, sous le n°009-2019, le médecin conseil régional, directeur régional du service médical conclut à la réformation de la décision susvisée du 8 août 2019, à l'augmentation de la sanction, à la réévaluation à 195 125.68 euros du trop remboursé et à la publication de la décision dans un quotidien régional.

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972, modifié ;

Vu l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance-maladie ;

Vu l'ordonnance n°2020-1402 du 18 novembre 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre administratif ;

Les parties ayant été régulièrement averties du jour de l'audience,

Après avoir entendu en séance publique du 6 septembre 2021 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;

- Maître Jacques-Henri Auché, en ses observations pour M. M. et celui-ci en ses explications, par visioconférence ;

- Monsieur le docteur Christophe Salomon-Riocreux, en ses explications pour la Direction Régionale du Service Médical de la Martinique, par visioconférence ;

M. M. et son conseil ayant été invités à prendre la parole en dernier.

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. A la suite d'un contrôle de l'activité de M. M., masseur-kinésithérapeute portant sur les actes effectués par lui du 1er avril 2015 au 31 mars 2017, une plainte a été déposée le 26 mars 2018 par le médecin conseil régional, directeur régional du service médical de la Martinique. Sous le n° 007-2019, M. M. fait appel de la décision du 8 août 2019, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Antilles-Guyane lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, dont deux mois assortis du sursis et l'a condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique la somme de 108 984,28 euros, en tant seulement qu'il a été condamné dans ce cadre à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie la somme de 84 744,72 euros en raison du non-respect des règles relatives à la durée des soins. Sous le n°009-2019, le médecin conseil régional, directeur régional du service médical de la Martinique fait également appel de cette décision, dont il soutient qu'elle inflige à M. M. des sanctions insuffisantes. Ces deux requêtes étant dirigées contre la même décision de première instance, il y a lieu de les joindre pour qu'il soit statué par une même décision.

Sur la recevabilité de la requête du directeur régional du service médical

2. Aux termes de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale : « *Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des masseurs-kinésithérapeutes ou à une section de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers dites "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ou du conseil national de l'ordre des infirmiers, dites "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" et "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers*". » Aux termes de l'article R. 145-24 du même code : « *Les plaintes et les mémoires produits doivent être accompagnés de copies en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux./ Lorsque le nombre des copies n'est pas égal à celui des parties, le demandeur en est averti par le secrétariat, qui lui fait connaître, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, que, si les productions complémentaires ne sont pas produites dans le délai de quinze jours à compter de la date de réception de cet avertissement, la plainte sera rejetée comme irrecevable. En cas de nécessité, le président de la formation de jugement pourra exiger des parties intéressées la production des copies supplémentaires, sous la sanction prévue à l'alinéa précédent. (...)* ». En vertu de l'article R. 145-57 du même code : « *La procédure suivie devant les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance (...) est également applicable devant la section des assurances sociales des conseils nationaux, sous réserve des dispositions ci-après.* » En vertu des dispositions de l'article R. 145-59 du code de la sécurité sociale, le délai d'appel contre les décisions rendues par les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance est de deux mois à compter de la notification de la décision, auxquels s'ajoute, lorsque l'appelant réside outre-mer, un délai de

distance d'un mois. Aux termes du même article : « *L'auteur d'une requête ne contenant l'exposé d'aucun moyen ne peut la régulariser par le dépôt d'un mémoire exposant un ou plusieurs moyens que jusqu'à l'expiration du délai de recours*. » Aux termes de l'article R. 145-60 du même code : « *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 concerné. (...)* »

3. M. M. soutient que l'appel du directeur régional du service médical est irrecevable faute d'avoir été motivé dans le délai d'appel et que les cinq copies qui devaient l'accompagner aient été produites dans le même délai. Toutefois cette requête, qui mentionne les différents griefs retenus par la section des assurances sociales de première instance et souligne que la sanction infligée à l'intéressée n'est pas en proportion, est suffisamment motivée. Par ailleurs, les copies nécessaires ont bien été produites par le directeur régional du service médical dans les délais prescrits par le secrétariat de la présente juridiction en application des dispositions combinées des articles R.145-24 et R.145-57 du code de la sécurité sociale. L'appel du directeur régional du service médical est donc bien recevable.

Sur les griefs

En ce qui concerne les griefs de non -respect de la durée des séances et du nombre maximum de patients traités simultanément

4. Aux termes du dernier alinéa de l'article 5 des « Dispositions générales » de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet*. » En vertu des dispositions préliminaires du titre XIV de la même nomenclature : « *Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute (...) se consacre exclusivement à son patient*. » Aux termes du chapitre III « Modalités particulières de conduite du traitement » de ce titre : « *Article premier -Traitements de groupe/Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance. /Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II. /Article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients/ Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée. (...)* »

5. Il résulte de l'instruction que plusieurs patients de M. M. ont attesté que celui-ci ne leur consacrait personnellement pas plus de 10 à 15 mn, même si leur séance durait entre 30 minutes et une heure et demie, le patient n°2 faisant même état d'une absence de prise en charge individuelle et de la présence d'une dizaine de patients dans la salle. Par ailleurs, la Direction régionale du service médical relève que, pour 438 journées de la période contrôlée, soit 72,5 % des 604 jours facturés de cette période, M. M. a pris en charge plus de vingt-quatre patients par

jour, alors qu'il a déclaré travailler en moyenne 12 heures par jour, et même plus de 50 patients pendant 147 jours ; elle estime avoir subi un préjudice équivalent aux 8056 actes facturés au-delà de 24 par jour.

6. A l'occasion de l'instruction écrite et lors de l'audience, M. M. a soutenu que ce calcul était inexact, car d'une part, la durée indiquée par lui de sa journée de travail était une moyenne approximative et son amplitude horaire pouvait aller jusqu'à 16 heures par jour, et d'autre part, il a eu quatre assistants au cours de la période contrôlée, en activité respectivement du 1er novembre 2014 au 26 juin 2015, du 29 juin 2015 au 29 juin 2016, du 16 novembre 2015 au 1er mars 2017, et du 5 au 16 septembre 2016, lesquels ont facturé avec sa propre carte de professionnel de santé, compte tenu des délais nécessaires à l'obtention de cette carte en Martinique. Si la présence de ces assistants est avérée, il n'est pas possible de déduire leur activité des actes facturés avec la carte de professionnel de santé de M. M. en imputant le montant reconstitué de leurs honoraires à l'excédent de facturation constaté, comme l'ont fait les premiers juges. En effet, d'une part, la facturation d'actes via la carte de M. M. implique l'attestation par celui-ci qu'il a effectué personnellement ces actes, d'autre part, aucune pièce du dossier ne permet de connaître au cours de quelles journées ses assistants sont intervenus.

7. Il résulte de ce tout ce qui précède que, même en prenant en compte ces incertitudes, M. M. consacrait à chacun de ses patients un temps insuffisant et qu'il n'a ainsi pas dispensé ses soins dans des conditions permettant d'en assurer la qualité. Dans les circonstances de l'espèce, compte tenu des éléments d'incertitude mentionnés au point 6, du fait que les chiffres mentionnés au point 5 ne concernent que les assurés du régime général, du caractère marginal des interventions à domicile de M. M. et des termes des dispositions précitées en vertu desquelles le temps consacré individuellement à chaque patient doit être « de l'ordre » de trente minutes, le nombre d'actes journaliers dont le dépassement révèle la réalisation d'actes fictifs ou effectués dans des conditions telles qu'ils équivalant à une absence de soin, peut être fixé à trente-six, nombre dépassé pendant une grande partie des journées contrôlées, à hauteur d'un total de 4366 séances sur la période contrôlée, ce nombre intégrant les séances pouvant être regardées par la présente décision comme facturées à tort en raison d'un autre grief. Dans cette mesure, il a méconnu les dispositions précitées de la nomenclature.

En ce qui concerne le grief de non- respect des règles de cotation

8. Il résulte de l'instruction que, pour 62 patients, M. M. a facturé les soins qui leur étaient prescrits par 70 ordonnances, selon des cotations plus élevées que celles qui étaient justifiées, à savoir, une cotation AMS 7,5 au lieu de AMK 7 pour les soins de drainage lymphatique du patient n°3, AMK 11 au lieu de AMK 8 pour les soins de remusculation, aide à la marche pour la patiente n°24, alitée et polypathologique, et AMS 9,5 pour tous les autres, au lieu d'AMK 7,5 ou 8. Il a ainsi méconnu les dispositions du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non prescrits

9. Aux termes de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique dans sa version en vigueur à la date de réalisation des actes critiqués : « (…) *Lorsqu'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale* (…) ». En vertu de l'article 5 des « Dispositions générales » de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses*

d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession : (...) c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de sa compétence.(…) » Aux termes du premier alinéa du titre XIV de la même nomenclature : « *Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XIV 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; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute*. » Il en résulte que la facturation d'actes non prescrits, le non-respect de la durée de la prescription, du nombre d'actes prescrits ou du libellé de la prescription est fautif.

10. Il résulte de l'instruction que, pour 20 patients, M. M. a facturé pendant la période contrôlée un nombre de séances très supérieur à celui prescrit, soit au total, en prenant en compte un surplus de 22 séances pour le patient n°6 et la prescription du 21 novembre 2016 pour le patient n°4, 899 séances, alors que 335 étaient prescrites, soit 564 séances excédentaires facturées 11856,64 euros. S'il soutient avoir effectué un nombre accru de séances dans l'intérêt des patients, il n'en a pas moins méconnu les dispositions précitées.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non réalisés

11. Il résulte de l'instruction que M. M. a facturé 12 séances pour le patient n°2, alors que devant l'agent assermenté chargé du contrôle, celui-ci a indiqué en avoir eu seulement trois, et 24 et 21 séances au titre des deux prescriptions pour le patient n°4, alors que celui-ci a indiqué avoir bénéficié de deux séries de 15 séances. Si M. M. conteste les faits, en produisant le relevé des séances réalisées, il n'établit pas le caractère erroné des déclarations ainsi recueillies. En revanche, les déclarations des patients n°3 et 12 ne permettent pas d'établir que M. M. aurait facturé en ce qui les concerne plus de séances que réalisées. Le grief doit donc être retenu s'agissant des seuls patients 2 et 4, pour un montant d'indus de 495,60 euros.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non prévus par la nomenclature

12. Ainsi que le relève le directeur régional du service médical dans la plainte, les actes de « kinésithérapie pour renforcement musculaire » prescrits pour les patients n°10 et 25, sans référence à une pathologie identifiée dans la prescription ou dans le bilan-diagnostic kinésithérapique, qui ne correspondent à aucune rubrique de la nomenclature générale des actes professionnels, ne sont pas facturables ; il en est de même des séances facturées pour la patiente n°19 en plus des six séances réellement consacrées au traitement de sa paralysie faciale a frigore. Le grief doit être retenu dans cette mesure. En revanche, la facturation de 12 séances pour la patiente n° 1, sur prescription d'une « kinésithérapie à l'effort » après une chirurgie bariatrique, ainsi que de trois séances pour la patiente n°2, qui souffrait de lombalgie, sur la base d'une prescription de « dix séances de renforcement musculaire, rééducation du rachis lombaire et dorsal », n'était pas critiquable.

En ce qui concerne le grief tiré du défaut d'opportunité des soins

13. Aux termes de l'article R. 4321-59 du code de la santé publique : « *Dans les limites fixées par la loi, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont les plus appropriés en la circonstance. Sans négliger son devoir d'accompagnement moral, il limite ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et à l'efficacité des soins (...)* ». Aux termes de l'article R. 4321-80 du même code : « *(...) le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science* ».

14. En poursuivant des soins de kinésithérapie pour la patiente n°1 plus de trois ans après sa chirurgie bariatrique, plus d'un an après un chikungunya pour le patient n°10, qui a bénéficié de 176 séances de « renforcement musculaire » à raison de deux ou trois par semaine et en pratiquant pour le patient n°19, 71 séances du 5 décembre 2016 au 15 mars 2017, pour un autre motif que celui de la prescription, qui était motivée par une paralysie faciale a frigore, M. M. a effectué des soins dénués d'opportunité et méconnu les dispositions précitées .

En ce qui concerne le grief de réalisation d'actes au-delà du besoin des patients

15. Il résulte de l'instruction que M. M. a réalisé pour des patients bénéficiant de prescriptions non quantitatives, un nombre d'actes excédant sensiblement leurs besoins. Ainsi, outre les séances réalisées au-delà des six correspondant aux besoins du patient n°19 mentionnées ci-dessus, M. M. a réalisé, au cours de la période contrôlée, 35 ondes de choc pour épines calcanéennes pour le patient n°21, alors qu'il est communément admis que les ondes de choc doivent être réalisées au nombre de 4 ou 5 à raison d'une ou deux séances par semaine, avant une période d'observation de plusieurs semaines afin d'en évaluer le bénéfice. Le patient n°17, qui a eu un AVC avec hémiplégie gauche en 2010, bénéficie depuis 7 ans de séances trois fois par semaine, dont 293 pendant la période d'analyse et le patient n°22, qui a eu un AVC en 2015, effectue depuis des séances de kinésithérapie 4 fois par semaine, parfois 3, dont 344 pendant la période d'analyse. Pour le patient n°23, M. M. a effectué 298 séances après une fracture de la cheville en avril 2014 et pour la patiente n°25, 55 séances après une fracture de Pouteau-Colles ostéosynthésée le 21 octobre 2016. Enfin, pour la patiente n° 26, bénéficiaire de prescriptions de rééducation abdominale du post-partum et de drainage lymphatique, M. M. a facturé 268 actes de kinésithérapie entre le 1er mars 2016 et le 21 mars 2017. Il a ainsi méconnu les dispositions citées au point 13, les montants indûment facturés atteignant 29 956,66 euros.

<u>Sur la sanction</u>

16. Aux termes de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale : « *Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et du conseil national de l'ordre des infirmiers sont :/1° L'avertissement ;/2° Le blâme, avec ou sans publication ;/3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ;/4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°./La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe./Si, pour des faits*

commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction. (...) Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les organismes de sécurité sociale. ».

17. Les faits mentionnés aux points constituent des fautes, abus ou fraudes qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. M. en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont trois mois assortis du sursis. Il y a lieu de fixer la période d'exécution de cette sanction en tenant compte du fait que M. M. a déjà exécuté la partie non assortie du sursis de la sanction décidée en première instance à son encontre, d'une durée d'un mois.

18. Constituent des honoraires abusifs au sens du 4° de l'article L.145-5-2 précité du code de la sécurité sociale ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure. Les griefs mentionnés aux points 7, 8 et 11 constituent des abus d'honoraires. En revanche, la perception, par M. M., au titre du tiers payant, de sommes correspondant à la part prise en charge par l'assurance maladie pour des actes réalisés en méconnaissance ou en l'absence de prescription médicale, en méconnaissance de la nomenclature ou au-delà des besoins des patients, mentionnée aux points 10, 12 et 15, n'est pas, par elle-même, constitutive d'un abus d'honoraire au sens des dispositions citées ci-dessus de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale ;

19. En conséquence, il y a lieu de mettre à la charge de M. M. le remboursement de la somme de 92 209,92 euros au titre du grief mentionné au point 7 compte tenu de la facturation sur la période contrôlée de 4366 séances au-delà de 36 par jour, pour un montant moyen d'honoraires de 21,12 euros par séance, ce nombre incluant les séances non réalisées mentionnées au point 11, auxquelles correspond un indu de 495,60 euros, qu'il n'y a donc pas lieu d'ajouter. Ainsi que relevé au point 8, M. M. a en outre surcoté de nombreux actes prescrits, pour un montant égal à 11910,92 euros (23 767,56 euros - 11 856,64 euros). Le montant des sommes à reverser par M. M. à la caisse primaire d'assurance –maladie est dès lors de 104 120,84 euros.

15. Il y a lieu également de prévoir la publication de la présente décision par affichage dans la partie ouverte au public des locaux de la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique pendant la durée de l'exécution de la sanction pour la partie non assortie du sursis.

DECIDE :

Article 1er : Il est infligé à M. M. la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont trois mois assortis du sursis.

Article 2 : L'exécution de cette sanction, pour la partie non encore exécutée, prendra effet le 1er mai 2022 à 0h00 et cessera de porter effet le 30 juin 2022 à minuit.

Article 3 : M. M. reversera à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique la somme de 104 120,84 euros.

Article 4 : La publication de la présente décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie de la Martinique dans ses locaux ouverts au public pendant la période mentionnée à l'article 2.

Article 5 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 6 : La décision n°2/SAS/MK de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Antilles-Guyane, en date du 08 août 2019, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 7 : La présente décision sera notifiée à M. M., au médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire centrale d'assurance maladie de la Martinique, au directeur de l'agence régionale de santé de la Martinique, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Antilles-Guyane, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Martinique, au ministre des solidarités et de la santé et au ministre de l'agriculture et de l'alimentation.

Copie pour information en sera délivrée à Me Auché.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 06 septembre 2021, où siégeaient Mme Marie-Françoise GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, Présidente ; MM. GACHET et ROUMIER, membres titulaires désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le docteur GODINO, membre titulaire et Mme le docteur QUILLON-CORCELLA, membres suppléantes, nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

La conseillère d'Etat,
Présidente de la Section des assurances sociales
Marie-Françoise GUILHEMSANS

Le secrétaire
de la Section des assurances sociales
Anthony PEYROTTES

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.