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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 007-2018- Echelon local du service médical près la Caisse primaire d'assurance – maladie de Corse du Sud c/ M. D.

Décision rendue publique par affichage le 30 juin 2021

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

Le médecin- conseil, chef de service de l'Echelon local du service médical près cette caisse a déposé le 20 décembre 2016 une plainte contre M. D., masseur-kinésithérapeute, exerçant (…), devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse.

Par une décision n° 05/2016 du 19 juillet 2018, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a infligé à M. D. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, assortie d'un sursis de cinq mois, avec publication pendant deux mois.

Procédure devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes :

Par une requête enregistrée le 6 août 2018 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de Corse du Sud demande que cette décision soit réformée et qu'une sanction plus sévère soit prononcée.

Vu les autres pièces du dossier ;

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 ;

Après avoir entendu en séance publique du 14 octobre 2020 :

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

Le Dr Anne-Catherine Oudot, médecin-conseil, représentant l'échelon local du service médical de Corse du Sud et la caisse primaire d'assurance maladie de Corse du Sud, en ses observations ;

Me Mardenalom en ses observations pour M. D. et celui-ci en ses explications.

M. D. ayant été invité à prendre la parole en dernier.

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. A l'occasion du contrôle de l'activité de M. D., masseur-kinésithérapeute à Ajaccio (20000), des anomalies ont été relevées dans la facturation des actes de celui-ci au titre de la période du 1er janvier 2014 au 31 juillet 2015, qui ont fait l'objet d'une plainte du médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire d'assurance-maladie de Corse du Sud. Par une décision du 19 juillet 2018, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a infligé à M. D. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, assortie d'un sursis de cinq mois. Le médecin-conseil chef de l'échelon local du service médical fait appel de cette décision, en demandant notamment l'augmentation de la sanction.

Sur la recevabilité de la requête

2. Contrairement à ce que soutient M. D., la requête de l'échelon local du service médical de Corse du Sud, enregistrée le 6 août 2018 au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et signé du Dr Gérard Ughetto, auquel sa désignation comme chef de service de l'échelon local du service médical de Corse du Sud par interim donnait capacité pour interjeter appel de la décision rendue sur la plainte formée à l'encontre de M. D., est bien recevable. La circonstance regrettable que ce secrétariat ne l'a averti de l'existence d'un appel que le 3 décembre 2018, alors qu'il avait déjà exécuté la partie non assortie du sursis de la sanction infligée par la décision attaquée, est sans incidence sur cette recevabilité.

Sur la régularité du contrôle et de la plainte

3. Aux termes de l'article L.114-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable au litige : « *Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.* » Il ressort des pièces du dossier que l'agent de la caisse primaire d'assurance-maladie d'Ajaccio qui a procédé au contrôle de l'activité de M. D., s'il détenait bien pendant toute la période de contrôle, soit une autorisation provisoire délivrée le 24 novembre 2014, soit un agrément, n'a été assermenté qu'à compter du 26 janvier 2016. Si l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents chargés du contrôle indique que ceux -ci doivent demander une autorisation provisoire d'exercer avant de pouvoir solliciter leur agrément définitif et si l'autorisation provisoire d'exercer correspond à un agrément provisoire, elle ne peut tenir lieu d'assermentation comme le soutient le requérant. Dès lors, ainsi que retenu par les premiers juges, les procès-verbaux établis avant le 26 janvier 2016, relatifs à l'audition des patients n° 1,2,3,20,27 et 52, ne peuvent être pris en compte. Contrairement à ce que soutient M. D., l'absence de signature des autres procès-verbaux par la personne interrogée n'est pas de nature à affecter leur validité.

4. M. D. fait valoir que la procédure de contrôle a méconnu le principe du contradictoire, car lors de l'entretien du 6 juillet 2016, il a été interrogé alors qu'il n'avait pas connaissance de l'intégralité du dossier, et il n'en avait toujours pas connaissance lors de sa réponse du 30 juillet 2016. Il soutient que les réponses qu'il a apportées dans le cadre de cet entretien et dans cette lettre doivent être écartées de la procédure, car elles sont le résultat d'un procédé déloyal de recherche de la preuve. Toutefois, les conditions dans lesquelles s'est déroulé le contrôle administratif préalable au dépôt de plainte sont sans influence sur la procédure suivie devant le juge chargé du contrôle technique, dès lors que cette dernière permet d'assurer le respect du principe du contradictoire et des droits de la défense, et sous réserve que le non-respect des droits de la défense pendant cette phase préalable ne soit pas de nature à avoir porté, par avance, une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Dès lors, le moyen tiré par M. D. du non-respect des droits de la défense au cours de la procédure préalable au dépôt de plainte doit être écarté.

5. 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*". ». Ces dispositions permettent à la caisse primaire d'assurance-maladie de mettre en cause la responsabilité d'un professionnel pour les actes qu'il a effectués personnellement, sans qu'il y ait lieu de tenir compte de la forme juridique selon laquelle cette activité a été exercée. Il en

résulte que M. D. n'est pas fondé à soutenir que les premiers juges auraient dû constater l'irrégularité de la procédure de contrôle et l'irrecevabilité de la plainte, du fait que les poursuites ont été dirigées contre lui à titre individuel et non la société d'exercice libéral unipersonnelle à responsabilité limitée dont il est le représentant légal.

Sur la demande de sursis à statuer

6. La procédure prévue par les dispositions précitées de l'article L.145-5-1 du code de la sécurité sociale est indépendante de toute autre procédure, et notamment du contentieux qui peut être engagé par le professionnel devant le juge judiciaire en application de l'article L.142-8 du même code pour contester le montant des indus mis en recouvrement par la caisse en conséquence de griefs par ailleurs soumis à la juridiction du contrôle technique, ou de l'instance pénale engagée au titre de ces griefs. Il n'y a donc pas lieu pour la section des assurances sociales de surseoir à statuer dans l'attente d'une décision définitive du juge judiciaire sur l'indû notifié à M. D. par la Caisse primaire d'assurance-maladie au titre des mêmes griefs, non plus que dans l'attente des suites données au signalement fait par la caisse primaire d'assurance-maladie auprès du procureur de la République près le tribunal de grande instance d'Ajaccio.

Sur les griefs

En ce qui concerne le grief de falsification des prescriptions médicales, usage de faux et exercice illégal de la médecine

7. 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 (...)* ». Il résulte de l'instruction que M. D. a ajouté sur certaines ordonnances des mentions manuscrites, selon le cas la date, la mention « à renouveler », la mention « membres inférieurs », la mention « trois mois » ou la mention « à domicile ». M. D. soutient qu'il soigne à domicile des personnes parfois très âgées ayant des soins en continu, habitant des villages reculés où le médecin se rend rarement, qu'il arrive de ce fait aux médecins de lui laisser le soin de dater l'ordonnance afin d'éviter le chevauchement entre ordonnances et permettre d'assurer la continuité des soins et qu'il n'a porté les autres mentions que dans des cas où le médecin avait oublié une de ses mentions habituelles, afin de mettre l'ordonnance en conformité avec celle qui la précédait et celle qui la suivait ou, s'agissant de la mention « à renouveler », afin d'éviter une interruption des soins lorsque le médecin s'était trompé dans la date de la prescription suivante. Ces considérations, si elles permettent d'écarter une volonté de fraude, ne sont pas de nature à exonérer M. D. de sa responsabilité.

8. Pour les patients n°7, 12, 14, 18, 27 et 30, toutefois, le médecin atteste l'authenticité des prescriptions et l'autorisation, voire l'instruction donnée à M. D. de dater l'ordonnance de manière à assurer la continuité des soins. Pour les patients n°21, 31 et 39, le médecin a validé les ordonnances litigieuses. Le grief doit donc être écarté en ce qui concerne ces patients. En revanche, le grief est établi en ce qui concerne les ordonnances présentées pour les patients n°10, 11, 13, 22, et 52, les médecins attestant ne pas être les auteurs des mentions manuscrites, ainsi que pour les patients n°6, 9, 26, 29, 36, 37, 38, 44, 49 et 58. De plus, pour le patient n°13, il ressort des pièces du dossier que le médecin prescripteur a indiqué que les dates de deux ordonnances ne correspondaient pas à une date de consultation et que la signature portée sur cinq ordonnances n'était pas la sienne ; pour la patiente n°52, le médecin prescripteur a affirmé

ne pas la connaître. Il n'est toutefois pas établi que M. D. soit responsable de ces dernières falsifications.

En ce qui concerne le grief de contournement de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)

9. Aux termes du B de l'article 11 des dispositions générales de la NGAP : « *B. Actes en K, KMB, SF, SP, SFI, AMI, AMX, AIS, AMP, BSA, BSB, BSC, TLS, TLD, TLL, AMO, AMY, effectués au cours de la même séance/ 1. Lorsqu'au cours d'une même séance, plusieurs actes inscrits à la nomenclature sont effectués sur un même malade par le même praticien, l'acte du coefficient le plus important est seul inscrit avec son coefficient propre./Le deuxième acte est ensuite noté à 50% de son coefficient./Toutefois, le second acte est noté à 75% de son coefficient en cas d'intervention de chirurgie soit pour lésions traumatiques multiples et récentes, soit portant sur des membres différents, ou sur le tronc ou la tête et un membre./Les actes suivant le second ne donnent pas lieu à honoraires et n'ont pas à être notés sur la feuille de maladie. Toutefois, en cas de lésions traumatiques multiples et récentes, le troisième acte opératoire éventuel est exceptionnellement noté à 50% de son coefficient. (…)* ». Toutefois, les dispositions préliminaires du titre XIV de la NGAP disposent que, sauf exceptions prévues par le texte, les cotations ne sont pas cumulables entre elles et qu'à chaque séance s'applique donc une seule cotation, correspondant au traitement de la pathologie ou du territoire anatomique en cause.

10. Il résulte de l'instruction que M. D., qui visitait ses patients à raison d'une séance par jour, en alternance avec ses associés, a cherché à contourner les dispositions précitées. Ainsi, pour les patients n° 1, 2, 3, 8, 18, 20, 22, 27, 30 et 33, certains actes ont été facturés par M. D., alors qu'un autre acte avait été facturé préalablement le même jour par son associé et qu'il n'est pas contesté que le patient n'a bénéficié que d'une séance. Par ailleurs, pour les patients n°2, 20 et 27, M. D. reconnaît avoir facturé des séances un autre jour que celui où elles étaient réalisées en raison de l'impossibilité de coter un deuxième acte lors de la même séance. Pour le patient n°20, toutefois, il résulte de l'instruction que les séances réalisées un autre jour que le samedi ou le jour habituel de passage de M. D., correspondaient à des remplacements de son associé, le grief devant donc être écarté en ce qui concerne ces séances. Enfin, pour les patients n° 1, 4, 12 et 32, certains actes ont été cotés AMK8 au cours de la même séance en sus de l'acte habituellement réalisé compte tenu d'une deuxième prescription, sans que M. D. ait appliqué la réduction de 50% sur le deuxième acte.

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

11. Il résulte de l'instruction que, ainsi qu'il a été dit au point 10, pour les patients n°2, 20 et 27, M. D. a bien réalisé les actes litigieux, mais les a rattachés à une séance fictive censée être réalisée un autre jour, afin de contourner l'application de la NGAP. Le grief tenant à la facturation d'actes non réalisés doit donc être écarté en ce qui concerne ces dossiers.

12. En revanche, pour les patients n°11, 14, 16, 24 et 27, il résulte de l'instruction que M. D. a facturé des bilans-diagnostic kinésithérapiques alors qu'il n'avait pas établi la fiche de synthèse correspondante.

En ce qui concerne le grief de double et triple facturations d'actes

13. Il résulte de l'instruction que, pour les patients n°1, 3, 6, 8, 10, 15, 18, 19, 20, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 33, 41, 43, 44,50, certains actes ont été facturés à deux reprises, et même trois fois

dans le dossier n°19. Par ailleurs, pour les patients n°1, 3, 8, 15, 18, 20, 26, 27, 29, 30,32 ,33, M. D. a facturé des bilans-diagnostics kinésithérapiques sans respecter l'intervalle minimal de vingt séances prévu par le 3 de la section 2 du chapitre Ier du titre XIV de la NGAP. Si celui-ci soutient qu'il s'agit d'erreurs qui ont été corrigées par le remboursement des indus et qu'il réalisait un bilan-diagnostic kinésithérapique à chaque changement d'ordonnance, ignorant que ce bilan ne pouvait être facturé que toutes les vingt séances, ces négligences n'en sont pas moins fautives.

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

14. Il résulte de l'instruction que, pour les patients n°3, 11, 12, 14, 16, 24 et 38, certains soins ont été facturés sans qu'une ordonnance soit produite. En outre, dans vingt-trois dossiers, certaines ordonnances produites n'étaient pas valides, faute de date complète et correspondant à celle de la facturation, ou car elles n'étaient pas signées du médecin, ou correspondaient à des soins infirmiers. M. D. n'ayant pas transmis les duplicata dont il avait proposé la production, ce grief doit être retenu en ce qui concerne ces dossiers.

En ce qui concerne le grief de non-respect de la NGAP

15. Il résulte de l'instruction que, dans 13 dossier, la facturation de M. D. n'était pas conforme aux dispositions de l'article 1er du chapitre II du titre XIV de la NGAP, l'intéressé ayant coté AMS 9,5 les soins au patient n°50, AMK 9 les soins aux patients n°1, 2, 15, 18, 23, 26, 37, 40 et AMK 8 les soins au patient n°47, alors qu'il aurait dû coter AMS 7,5 ; pour les patients 20, 25 et 41, l'erreur a été à son détriment, puisqu'il a coté leurs soins AMK 9 au lieu de AMS 9,5. Pour le patient n°38, il a méconnu l'article 2 du même chapitre en cotant AMK 10, au lieu de AMK9 une rééducation pour polyarthrite rhumatoïde ; il a méconnu l'article 5 en cotant des actes de réhabilitation respiratoire dispensés aux patients n°12, 28 et 30, AMK 9 au lieu de AMK8 et, ainsi que dit au point 10, pour le patient n°4, il a coté AMK8 l'acte de soin d'un épisode respiratoire aigu ajouté à un autre acte, au lieu de 50% de cette cotation. Il a méconnu les dispositions de l'article 7, en pratiquant pour les patients 8, 23 et 57 des cotations supérieures à AMK 7. S'agissant du patient n°3, la prescription des soins dispensés justifie que soit substituée à la cotation AMK10 pratiquée par M. D. une cotation AMK 8, et non AMK7 comme retenu par la caisse. Enfin, s'il est exact que M. D. a pratiqué pour vingt-cinq patients des cotations trop élevées, supérieures aux cotations AMK6 ou AMK 8 justifiées en application de l'article 9 du même chapitre, les soins dispensés aux patients n°4 et N°22 en raison de leur hémiplégie, justifiaient la cotation AMK 9 pratiquée par celui-ci.

En ce qui concerne le grief tiré du non-respect de l'avenant conventionnel sur la facturation des indemnités forfaitaires de déplacement spécifiques (IFDS)

16. Il résulte de l'instruction que, dans trente dossiers, M. D. a facturé à tort des indemnités forfaitaires de déplacement spécifiques au lieu d'indemnités forfaitaires de déplacement et, pour cinq dossiers, a facturé une catégorie erronée d'indemnités forfaitaires de déplacement spécifiques, en méconnaissance des dispositions de l'avenant conventionnel fixant les IFDS approuvé par arrêté du 28 février 2006.

En ce qui concerne le grief tiré de l'absence de qualité de la rédaction des fiches synthétiques des bilans-diagnostics kinésithérapiques, de la prise en charge des patients et de la continuité des soins de kinésithérapie

17.Aux termes de l'article R.4321-2 du code de la santé publique : « *Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution./ Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés./Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. / Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. / Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsqu'apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.* ». La section 2 du chapitre 1 du titre XIV de la NGAP précise ainsi le contenu de ce bilan et les modalités d'information du médecin prescripteur : « *a. Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur./Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte :/-l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ;/-l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...). Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés./ b. Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par :/- la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ;/- la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ;/- les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ;/- les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ;/- les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention(...)Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur.(…)/Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. (…)/À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement.* »

18. Il résulte de l'instruction que, dans 26 dossiers, les fiches de synthèse des bilans -diagnostics kinésithérapiques adressées aux médecins prescripteurs ne comportaient pas de mention sur l'évolution clinique et les résultats obtenus, non plus que de propositions, le contenu des fiches étant très proche, en méconnaissance des dispositions précitées. Il n'est donc pas établi que M. D. ait régulièrement réévalué la pertinence des soins qu'il dispensait et ainsi assuré la qualité de ces soins ; en outre, il n'a pas fourni aux médecins prescripteurs les éléments leur permettant de décider s'il y avait lieu d'arrêter ou d'adapter les soins dispensés.

Sur la sanction

19. 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.* »

14. Les faits mentionnés aux points 7 à 18 constituent des fautes et abus qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. D. en maintenant la sanction décidée en première instance de six mois d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux, en ramenant toutefois à trois mois la partie assortie du sursis. Il y a lieu de fixer la date de l'exécution des deux mois supplémentaires non assortis du sursis, M. D. ayant exécuté la sanction infligée en première instance. 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 Corse du Sud, pendant une durée de deux mois.

DECIDE :

Article 1er : Il est infligé à M. D. la sanction de l'interdiction du droit 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 assortie du sursis et non encore exécutée prendra effet le 1er octobre 2021 à 0H et cessera de porter effet le 30 novembre 2021 à minuit.

Article 3 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie de Corse du Sud par affichage dans les locaux administratifs ouverts au public, pendant la période mentionnée à l'article 2.

Article 4 : La décision n° 05/2016 du 19 juillet 2018 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. D., au directeur de la caisse primaire d'assurance-maladie de Corse du Sud, au médecin conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire d'assurance maladie de Corse du Sud, au directeur de l'agence régionale de santé de Corse, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Corse du Sud, 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 Mardelanom.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 14 octobre 2020, où siégeaient Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, Présidente ; M. Gachet, membre titulaire et Mme BOURGEOIS-DEVAUD, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le docteur Béatrice RIO, membre titulaire et Mme le docteur QUILLON-CORCELLA, membre suppléant, nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

La conseillère d'Etat,
Présidente de la Section des assurances sociales

Marie-Françoise GUILHEMSANS

La secrétaire
de la Section des assurances sociales

Soumaya Majeri

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.