

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

**Dossier n° 009-2020 M. Y. c/ ELSM et CPAM de Haute-Savoie**

Décision rendue publique par affichage le 03 janvier 2023

**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'échelon local du service médical de Haute-Savoie et la directrice de la Caisse primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie ont porté plainte contre M. Y., masseur-kinésithérapeute à (...) devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes Auvergne–Rhône-Alpes.

Par une décision n°2019-01 du 15 octobre 2020, cette section des assurances sociales a infligé à M. Y. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de douze mois, dont six mois assortis du sursis et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance-maladie la somme de 16469,55 euros.

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

Par une requête enregistrée le 21 décembre 2020 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. Y., représenté par Mes Nicolas Choley et Thibaud Vidal, conclut à l'annulation de cette décision et à ce que la somme de 5000 euros soit mise à la charge de l'échelon local du service médical et de la caisse primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie, au titre de l'article L.761-1 du code de justice administrative.

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 ;

Vu l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale.

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

Après avoir entendu en séance publique du 03 juin 2022 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;
- Me Sarah Hanffou, se substituant à Me Nicolas Choley, pour M. Y. ;
- Mme Aby Diop pour la caisse primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie, en ses observations ;
- Le Dr Laurent Pons, médecin-conseil, pour l'échelon local du service médical de Haute-Savoie, en ses observations ;

Me Hanffou ayant été invitée 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. Y., masseur-kinésithérapeute à (...), des anomalies ont été relevées dans la facturation des actes de celui-ci au titre de la période du 7 janvier 2016 au 4 juillet 2018, 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 Haute-Savoie en date du 21 mai 2019 et de la directrice générale de cette caisse primaire d'assurance-maladie en date du 3 février 2020. M. Y. fait appel de la décision du 15 octobre 2020, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Auvergne-Rhône Alpes lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an, assortie d'un sursis de six mois et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance-maladie la somme de 16469,55 euros.

### Sur la motivation de la décision attaquée :

2. Contrairement à ce que soutient M. Y., la décision contestée de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance mentionne les raisons pour lesquelles les griefs à son encontre sont regardés comme établis ; dès lors celui-ci n'est pas fondé à soutenir que cette décision serait entachée d'irrégularité à défaut d'être suffisamment motivée.

### Sur la recevabilité de la plainte :

3. Aux termes de l'article R.145-22 du code de la sécurité sociale : « *Les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre (...) des masseurs-kinésithérapeutes (...) sont saisies, dans les cas prévus aux articles L. 145-1, L. 145-5-1, R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat de la section intéressée dans le délai de trois ans à compter de la date des faits. (...)* » La plainte du médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie ayant été enregistrée le 21 mai 2019, elle n'est donc recevable qu'en tant qu'elle concerne des actes facturés par M. Y. après le 21 mai 2016.

4. Il résulte de l'instruction que l'ensemble des actes pris en compte ont fait l'objet d'un mandatement à compter du 6 juin 2016, que l'écart entre facturation par le professionnel et mandatement est de deux à trois jours et que M. Y. ne produit aucun élément de nature à laisser penser qu'il aurait pu en être autrement au cours de la période contrôlée. Dès lors, ce dernier n'est pas fondé à soutenir que la plainte serait irrecevable en ce qui concerne certaines facturations antérieures de plus de trois ans au dépôt de la plainte.

5. Par ailleurs, aucune disposition législative ou réglementaire ne conditionnant le prononcé de la sanction de remboursement à un organisme de sécurité sociale à la condition qu'elle ait été demandée par l'organisme concerné ou que celui-ci ait été partie à l'instance, la circonstance que la plainte de la caisse primaire d'assurance-maladie, par laquelle celle-ci demande que soit prononcée une sanction de remboursement des abus d'honoraires, n'a été enregistrée que le 3 février 2020, n'interdit pas à la présente juridiction de prendre en compte dans le calcul du montant des honoraires abusifs ceux facturés avant le 3 février 2017.

### Sur la régularité du contrôle d'activité :

6. Aux termes de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale : « *I. Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles./ II.- Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations. (...)IV. Il procède également 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'Etat 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 ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret. (...)* ». En vertu de l'article R. 315-1-1 du même code : « *Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application*

du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité./ Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel, sauf lorsque l'analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude telle que définie à l'article R. 147-11, d'une fraude en bande organisée telle que définie à l'article R. 147-12 ou de faits relatifs à un trafic de médicaments. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été informé préalablement, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés par chaque caisse nationale. » Aux termes de l'article R. 315-1-2 du même code : « 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 au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical. » En vertu de l'article D. 315-2 du même code : « Préalablement à l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés./ Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui est adressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au professionnel de santé dans un délai de quinze jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé. » Si le respect de ces exigences procédurales par le service du contrôle médical pendant la phase d'analyse préalable à la saisine de la juridiction du contrôle technique ne constitue pas une condition de recevabilité de la plainte et si cette phase d'analyse préalable ne constitue pas un élément de la procédure suivie devant la juridiction, de sorte que l'éventuelle irrégularité de cette phase préalable ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité la procédure juridictionnelle, le professionnel de santé poursuivi devant la juridiction du contrôle technique peut toujours se prévaloir de circonstances antérieures à l'engagement des poursuites disciplinaires de nature à affecter la régularité de la procédure juridictionnelle suivie ou le bien-fondé de la sanction susceptible d'être infligée. En particulier, il peut utilement faire valoir que, pendant la phase d'analyse préalable, il aurait été porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase d'analyse préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

7. M. Y. fait valoir que le service du contrôle médical a refusé de lui communiquer avant l'entretien contradictoire qu'il avait demandé, l'identité des patients effectivement interrogés, les procès-verbaux d'audition, les dossiers médicaux, la copie des actes et les référentiels médicaux sur lesquels il se fondait, en méconnaissance de l'article D.315-2 du code de la sécurité sociale, ce qui l'a obligé à renoncer à cet entretien et entacherait la procédure d'irrégularité ; le contrôle d'activité aurait donc dû être annulé ou les éléments recueillis écartés ; il soutient également que les éléments recueillis lors des auditions ne sont pas probants car les patients auditionnés n'ont pas été informés que les auditions étaient libres, en méconnaissance de l'article R. 4127-102 du code de la santé publique, aux termes duquel : « Le médecin de contrôle doit informer la personne qu'il va examiner de sa mission

*et du cadre juridique où elle s'exerce et s'y limiter.(...) »*, que les convocations envoyées indiquent que la présence du patient à l'audition est obligatoire et qu'une patiente atteste de pressions subies au cours de l'entretien ;enfin, aucun procès-verbal d'audition reprenant questions posées et réponses des patients n'a été produit, mais seulement des attestations, dénuées de caractère probant, car établies longtemps après les faits.

8. Il résulte de l'instruction que la liste des patients susceptibles d'être interrogés par le service médical a été adressée à M. Y. par une lettre recommandée du 17 août 2018 l'informant du lancement de l'analyse de son activité, qu'il n'a pas retirée et qui lui a été renvoyée par courrier simple le 5 septembre 2018. L'obligation d'information préalable prévue par l'article R. 315-1-1 précité du code de la sécurité sociale a donc été respectée.

9. Il résulte également de l'instruction que M. Y. a été destinataire le 18 février 2019 d'une lettre de l'Echelon local du service médical l'informant des anomalies retenues à l'issue de l'analyse de son activité, avec des tableaux par grief anonymisés, une liste de concordance et des fiches d'anomalies, patient par patient, qui le renseignaient, par type d'anomalie, sur les patients concernés, l'ordonnance et le lot de facturation en cause, ainsi que sur la source de la preuve des faits reprochés et l'ensemble des textes applicables. S'il est regrettable que l'Echelon local du service médical, qui n'était pas tenu de transmettre au professionnel l'ensemble des pièces du dossier demandées par son avocat pour préparer l'entretien contradictoire, n'ait pas précisé dans ces documents les raisons pour lesquelles cette anomalie était constatée pour chaque acte remis en cause, ces informations lui permettaient néanmoins de préparer un tel entretien, leur caractère succinct ayant pour seule conséquence que cet entretien, s'il avait eu lieu, n'aurait permis à l'intéressé que de recueillir les explications du service médical, en vue de répondre à ses griefs par écrit dans le délai de quinze jours qui lui était imparti. Ni cette circonstance, ni le fait qu'il ne disposait pas à ce moment-là de la liste des patients effectivement auditionnés, n'est de nature à avoir porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle, à affecter la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

10. Par ailleurs, la mention dans les convocations des patients du caractère obligatoire de leur audition, n'est pas de nature à affecter le caractère probant des éléments recueillis à l'occasion de cette audition. Enfin, il ne résulte pas de l'instruction que les patients interrogés, auraient été influencés par le médecin conseil ou l'enquêteur qui les a entendus. Il ressort d'ailleurs des pièces du dossier que les attestations par lesquelles les patients ont confirmé certains éléments abordés lors de ces auditions ne sont aucunement stéréotypées. Dès lors, M. Y. n'est pas fondé à soutenir que ces attestations ne devraient pas être prises en compte

11. 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. »* Aux termes de l'article 4 de l'arrêté du 5 mai 2014, publié le 23 mai 2014, fixant les conditions d'agrément des agents et des praticiens-conseils chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale : *« (...) Les décisions d'autorisations provisoires et d'agrément définitifs sont publiées au Bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale (...) »*. En vertu de son article 7, les dispositions de cet arrêté, à l'exception des articles 5 et 6, ne s'appliquent pas aux agents et aux praticiens-conseils déjà en fonctions à sa date d'entrée en vigueur.

12. Il résulte de la combinaison du IV de l'article L. 315-1, du III de l'article R. 315-1, des articles R. 315-2, R. 315-1-1 et L. 114-10 du code de la sécurité sociale (CSS) que l'exigence d'agrément et d'assermentation prévue par ce dernier article ne s'applique pas aux médecins-conseils pour l'exercice, sur le fondement du IV de l'article L. 315-1 du CSS, de leur mission d'analyse de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie. Toutefois, l'audition du patient n°3 a été réalisée par un agent de contrôle de la Caisse primaire d'assurance-maladie, Mme J. Contrairement à ce que soutient M. Y., il ressort des pièces du dossier, notamment des termes de son procès-verbal d'assermentation et des mentions figurant sur sa carte professionnelle, que celle-ci est agréée depuis le 28 avril 2014 et assermentée depuis le 23 septembre 2014. Il résulte enfin des textes précités que, son agrément étant antérieur au 24 mai 2014, date d'entrée en vigueur de l'arrêté du 5 mai 2014 précité, sa publication au bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale n'était pas obligatoire. Il n'existait de plus aucune obligation de publier son procès-verbal d'assermentation. Par ailleurs, Mme V., qui a pris en note un message laissé par l'épouse du patient n°3 confirmant la date de ses séances de kinésithérapie, n'était pas de ce seul fait chargée de participer à l'analyse d'activité de M. Y. La circonstance que son agrément et son assermentation n'ont pas été produits est sans incidence sur la régularité de la procédure. Au demeurant, aucun élément de la plainte ne s'appuie sur les données de ce message et les informations figurant dans le procès-verbal d'audition du patient n°3 établi par Mme J. ont été reprises par celui-ci dans une attestation manuscrite et correspondent aux faits retenus par le jugement du tribunal correctionnel de Bonneville sur les infractions mentionnées au point 15.

#### Sur les griefs :

13. 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".* »

*En ce qui concerne le grief d'exercice illégal de la médecine et de falsification d'ordonnances :*

14. Aux termes de l'article R. 4321-54 du code de la santé publique : « *Le masseur-kinésithérapeute respecte, en toutes circonstances, les principes de moralité, de probité et de responsabilité indispensables à l'exercice de la masso-kinésithérapie.* » En vertu de l'article R.4321-77 du même code : « *Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément, sont interdits.* » Aux termes de l'article 5 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance-maladie (...) 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.* » En vertu des dispositions liminaires 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 ».*

15. Il résulte de l'instruction que, lors de l'étude préliminaire à l'analyse d'activité de M. Y., le Service médical a demandé à un certain nombre de prescripteurs des éléments sur l'état clinique des patients lorsque la prescription était imprécise. Un des prescripteurs interrogés a répondu qu'il ne connaissait pas le patient et que la prescription ne venait pas de son cabinet. Le Service médical a donc demandé à ce médecin de certifier l'ensemble des prescriptions à son en-tête, pour la période de contrôle. Quatre prescriptions ont été reconnues comme n'étant pas de son fait. Pour deux patients, une prescription antérieure à la maquette a été fournie par M. Y., accréditant la thèse d'une erreur, tel n'a pas été le cas pour le patient n°2, au titre duquel M. Y. a facturé indument 4 AMS 9,5 et 5 AMS 2,2 et pour le patient n°3, au titre duquel il a facturé indument 19 AMS 9,5 et 6 AMS 2,2. Si M. Y. soutient qu'en sa qualité de maître de stage, il faisait faire aux étudiants masseurs-kinésithérapeutes des exercices consistant à établir une ordonnance de masso-kinésithérapie après avoir examiné un patient, en utilisant une maquette à en-tête fictive du médecin concerné, que ses étudiants ont par erreur transmis à la Caisse primaire d'assurance-maladie l'ordonnance maquette à la place de l'originale, et que les faibles montants en jeu établissent son absence d'intention frauduleuse, la maquette utilisée comporte tous les éléments d'une vraie prescription, puisqu'elle reproduit les noms du médecin et du patient, le numéro de téléphone du médecin, ses numéros ADELI et RPPS ainsi que sa signature et son tampon, avec une précision non nécessaire à un simple exercice pédagogique. En outre, il résulte de l'instruction que ces faits s'inscrivent dans un contexte où M. Y. a utilisé la même maquette pour établir trois prescriptions d'exams de laboratoire à son bénéfice pendant la période de contrôle et qu'il a été poursuivi pénalement pour avoir établi selon les mêmes modalités un total de 24 ordonnances sur une période d'environ trois ans, comprenant, outre les prescriptions précédemment mentionnées, diverses prescriptions au bénéfice de membres de sa famille. Le grief de falsification d'ordonnance et d'exercice illégal de la médecine, en méconnaissance des dispositions précitées du code de la santé publique et de la nomenclature générale des actes professionnels doit donc être retenu.

*En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non effectués :*

16. Il résulte de l'instruction que M. Y. a facturé une séance AMS 7,5 pour les patientes n°4 et 5, qui n'étaient pas dans la région ce jour-là, 4 suppléments AMS 2,2 pour le patient n°6 à une période à laquelle il a attesté le 13 septembre 2018 n'avoir pas eu de balnéothérapie et 5 suppléments balnéothérapie non justifiés pour le patient n°7, qui a attesté le 21 août 2018 venir deux fois par semaine, avec une seule séance de balnéothérapie. Si les patients n°6 et 7 ont par ailleurs attesté, les 27 et 15 juin 2019, respectivement, que toutes les séances facturées par M. Y. avaient eu lieu, leurs attestations ne sont pas suffisamment circonstanciées pour remettre en cause les précédentes. Le grief de facturation d'actes non effectués doit être retenu, quand bien même ces facturations procèderaient d'erreurs matérielles.

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

17. 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.

18. Il résulte de l'instruction que, pour certains patients, bénéficiaires de prescriptions quantitatives, M. Y. a facturé des séances de masso-kinésithérapie en nombre supérieur au nombre de séances prescrites, à savoir 4 de plus pour le patient n°8, 26 de plus pour le patient n°9, 16 de plus pour le patient n°10, 5 de plus pour le patient n°11, 40 de plus pour le patient n°12, 18 de plus pour le patient n°13, 9 de plus pour le patient n°14, 3 de plus pour les patients n°15 et 16. Il a ainsi méconnu les dispositions précitées de la nomenclature générale des actes professionnels, quand bien même les soins facturés au-delà de la prescription auraient été nécessaires à une bonne prise en charge des patients, comme le soutient M. Y.

*En ce qui concerne le grief relatif à la facturation d'ondes de choc :*

19. Aux termes de l'article R. 4321-7 du code de la santé publique : *« Pour la mise en oeuvre des traitements mentionnés à l'article R. 4321-5, le masseur-kinésithérapeute est habilité à utiliser les techniques et à réaliser les actes suivants : (...)8° Electro-physiothérapie : (...)b) Utilisation des ondes mécaniques, infrasons, vibrations sonores, ultrasons ; (...) »*. Les ondes de choc constituent donc une modalité de traitement masso-kinésithérapique qui peut être utilisée au cours d'une séance de kinésithérapie, en vue du traitement de certaines pathologies. Le Service médical et la Caisse primaire d'assurance-maladie de Haute Savoie ne sont donc pas fondés à reprocher à M. Y. d'avoir facturé des actes hors nomenclature, sur la base d'ordonnances prescrivant des ondes de choc aux patients n°17 à 21, au motif que celles-ci ne sont pas expressément mentionnées dans la nomenclature générale des actes professionnels.

20. Toutefois, il résulte de l'instruction que les séances de kinésithérapie dispensées aux patients n°17 et 18, bénéficiaires d'ondes de choc, ont été très brèves, le patient n°17 témoignant d'une séance d'une durée de 11 à 16 minutes, le patient n°18 d'une durée de cinq minutes. M. Y. a ainsi méconnu les dispositions préliminaires du chapitre XIV de la deuxième partie de la nomenclature générale des actes professionnels, aux termes desquelles la durée d'une telle séance est de l'ordre de 30 mn.

*En ce qui concerne le grief de facturation en méconnaissance des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels :*

21. Il résulte de l'instruction que M. Y. a, à de nombreuses reprises, pratiqué des cotations supérieures à celles résultant des termes de la nomenclature générale des actes professionnels, eu égard aux actes prescrits. Ainsi, pour les patients 22, 24, 25 et 26, atteints

d'insuffisance veineuse et le patient n°23, auquel était prescrit le drainage d'un seul membre, il a facturé à tort AMK9 au lieu de AMK 7. Pour le patient n°28, auquel était prescrit un entretien à l'effort, il a facturé à tort AMS 9, 5 au lieu de AMK 8, pour les patient n°16 et 29, hémiparétiques, il a facturé à tort AMS 9,5 au lieu de AMK9. Pour les patients n° 7, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 53, auxquels était prescrite la rééducation d'un membre, il a facturé à tort AMS 9,5 au lieu de 7,5, le fait qu'il estimait nécessaire de traiter plus globalement le patient n'étant pas de nature à justifier une cotation plus élevée en l'absence de modification de la prescription. En revanche, cette cotation de 9,5 est justifiée pour les patients n°50 à 52, bénéficiaires d'une ordonnance mentionnant la nécessité de travailler sur membres inférieurs et rachis en raison d'une arthrose lombaire. Par ailleurs, la cotation AMK 8 est justifiée pour le patient n°27. Le grief de méconnaissance de la nomenclature générale des actes professionnels doit être retenu dans cette mesure.

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

22. 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. (...) ».*

23. Il ressort des attestations produites par les patients n°6 et 52 à 63, que lors de leurs séances d'une heure de balnéothérapie environ, ils étaient de deux à cinq dans la piscine selon le patient n°53, quatre selon le patient n°55, quatre ou cinq selon les patients n°54, 56 et 57, 5 selon le patient n°52, 4 à 6 selon les patients n°60, 61, 62 et 63, 5 à 6 selon les patients n°6 et 58 et 6 à 7 selon le patient n°59, en présence de M. Y., qui était seul. Si celui-ci soutient que la balnéothérapie n'est qu'un complément à des soins de massage prodigués en amont et que les patients ne sont en nombre supérieur à deux dans le bassin qu'au moment des changements de groupes, ou lorsqu'un autre kinésithérapeute du cabinet intervient en même

temps, un seul patient témoigne d'un massage complémentaire de cinq minutes, quelques autres en bénéficiant à certaines séances seulement. La circonstance que les attestations des patients n°6,7, 54 et 58 sur lesquelles se fonde la CPAM ne sont pas conformes aux dispositions de l'article 202 du code civil n'est pas à elle seule de nature à les priver de leur caractère probant. En outre, si la patiente n°54 atteste avoir été stressée par le médecin-conseil, qui, selon elle, ne lui laissait pas beaucoup de choix dans ses réponses, elle n'a pas infirmé les indications données dans son attestation du 22 août 2018 selon laquelle il y avait trois ou quatre personnes en plus d'elle dans le bassin, en présence de M. Y. Il n'y a donc pas lieu d'écarter son témoignage. Il peut en être conclu que M. Y., qui ne produit pas son carnet de rendez-vous, a méconnu les dispositions précitées du chapitre III de la nomenclature.

#### Sur la sanction :

24. 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 sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec celles mentionnées à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, seule la sanction la plus lourde est mise à exécution./ 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. ».*

25. D'une part, il résulte des dispositions de l'article L.4321-14 du code de la santé publique et de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale que les poursuites disciplinaires visent à faire respecter les principes de moralité et de probité indispensables à l'exercice de la profession de santé concernée ainsi qu'à assurer la défense de l'honneur de cette profession, alors que le contentieux du contrôle technique s'attache à rechercher et à redresser tout abus commis par un professionnel de santé au préjudice de la sécurité sociale, afin notamment d'en protéger les intérêts financiers. Par ailleurs, le code de la santé publique réprime à l'article L.4161-5 le délit d'exercice illégal de la profession de médecin et le code pénal réprime aux articles 441-1, 441-6, 441-10 et 441-11 les délits de falsification d'écrits et de fausse déclaration en vue d'obtenir un avantage indu d'un organisme de sécurité sociale,

et aux articles 226-4-1 et 226-31, le délit d'usurpation d'identité aux fins de protéger la société dans son ensemble. Ainsi, les poursuites devant les juridictions pénales, disciplinaires et du contrôle technique visant à réprimer les faits de la nature de ceux commis par M. Y. ne protègent pas les mêmes intérêts sociaux. Par suite, le cumul de ces poursuites ne méconnaît pas le principe de nécessité des délits et des peines.

26. D'autre part, il résulte des dispositions de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale que les sanctions prononcées dans le cadre du contentieux du contrôle technique ne sont pas cumulables avec celles prononcées dans le cadre de poursuites disciplinaires. Par ailleurs, il appartient le cas échéant aux juridictions ordinales de tenir compte d'une interdiction professionnelle prononcée à titre de peine complémentaire par le juge pénal, et réciproquement, afin d'assurer le respect de la règle selon laquelle le montant global des sanctions éventuellement prononcées ne doit pas dépasser le montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues. Dans ces conditions, le principe de proportionnalité est également respecté.

27. Il résulte de l'instruction que, par un jugement du 9 décembre 2021, le tribunal correctionnel de Bonneville a condamné M. Y. à une peine de six mois d'emprisonnement avec sursis simple, 10 000.00 € d'amende et à l'interdiction d'exercer la profession de masseur-kinésithérapeute pendant un an, après avoir reconnu celui-ci coupable d'exercice illégal de la médecine et de falsification de 24 ordonnances, parmi lesquelles celles visées au point 15 de la présente décision. Par ailleurs, par un jugement frappé d'appel par M. Y., la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes a infligé à celui-ci la sanction de six mois d'emprisonnement avec sursis pour avoir méconnu du fait de cette falsification les règles déontologiques qui s'imposent aux masseurs-kinésithérapeutes.

28. Les faits retenus aux points 15, 16, 18, 20, 21 et 23 constituent des fautes, abus et fraudes qu'il y a lieu de sanctionner. Eu égard à la peine prononcée par le juge pénal pour des faits comprenant ceux mentionnés au point 15 et aux témoignages de nombreux patients satisfaits des soins qu'il leur dispense, il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. Y. en ramenant la sanction infligée en première instance à une peine d'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux d'une durée de neuf mois, dont six mois assortis du sursis, en tout état de cause cumulable avec la sanction pénale mentionnée précédemment, la durée totale de l'interdiction d'exercer étant inférieure au maximum de chaque sanction encourue. La présente décision sera publiée par affichage dans les locaux ouverts au public de la Caisse primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie pendant l'exécution de la partie de la sanction non assortie du sursis. En outre, M. Y. reversera à cette caisse le montant des honoraires abusifs qu'il a perçus.

29. 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. Doivent en outre être également considérés comme abusifs les honoraires perçus en conséquence d'une action frauduleuse. Les faits mentionnés aux points 15, 16 et 21 ont donc donné lieu à la perception d'honoraires abusifs, respectivement pour des montants de 270,97 euros, 92,25 euros et 2650,83 euros, à la différence des faits mentionnés au point 18.

30. Dans les cas où la nomenclature générale des actes professionnels prévoit qu'une séance de masso-kinésithérapie est d'une durée de l'ordre de 30 minutes, des soins d'une durée inférieure à 20 minutes peuvent être regardés comme équivalant à une absence de soins. Les honoraires d'un montant de 294,24 euros perçus pour les soins mentionnés au point 20 doivent donc être regardés comme abusifs. Les faits mentionnés au point 23, font apparaître que la plupart du temps, les patients étaient plus de trois dans la piscine, le nombre de personnes présentes en piscine étant en moyenne égal à cinq au vu des déclarations des patients, et que M. Y. était le seul kinésithérapeute présent. Cela révèle des soins individuels d'une durée inférieure à 20 minutes, dès lors réalisés dans des conditions telles qu'alors même qu'ils ont été effectivement pratiqués, ils équivalent à une absence de soins. Dans l'ignorance de la répartition de l'attention de M. Y. entre les patients, il n'y a pas lieu de considérer comme abusifs l'ensemble des honoraires perçus pour les séances de balnéothérapie, ainsi que le fait l'Assurance-maladie, mais il convient d'apprécier le montant de ces honoraires de façon forfaitaire, plus favorable au professionnel, en considérant comme équivalant à une absence de soins les séances effectuées pour les patients au-delà de trois présents dans le bassin. Dès lors, deux cinquièmes des honoraires perçus par M. Y. à l'occasion des séances de balnéothérapie des treize patients concernés, déduction faite des surcotations, doivent être regardés comme abusifs, soit 4921,82 euros. M. Y. devra donc rembourser à la Caisse primaire d'assurance-maladie un total de 8230.11 euros.

Sur les conclusions tendant à l'application de l'article L.761-1 du code de justice administrative :

31. Aux termes de l'article L. 761-1 du code de justice administrative : « *Dans toutes les instances, le juge condamne la partie tenue aux dépens ou, à défaut, la partie perdante, à payer à l'autre partie la somme qu'il détermine, au titre des frais exposés et non compris dans les dépens. Le juge tient compte de l'équité ou de la situation économique de la partie condamnée. Il peut, même d'office, pour des raisons tirées des mêmes considérations, dire qu'il n'y a pas lieu à cette condamnation (...)* ». Il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre à la charge de la Caisse primaire d'assurance-maladie la somme demandée par M. Y. au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens.

DECIDE :

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

Article 2 : L'exécution de la sanction mentionnée à l'article précédent, pour la partie non assortie du sursis, débutera le 1<sup>er</sup> avril 2023 à 0H et prendra fin le 30 juin 2023 à minuit.

Article 3 : M. Y. reversera à la Caisse primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie la somme de 8230,11euros.

Article 4 : La présente décision sera publiée dans les locaux de la Caisse primaire d'assurance-maladie de Haute-Savoie ouverts au public, pendant la période mentionnée à l'article 2.

Article 5 : La décision attaquée est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 6 : Le surplus des conclusions de M. Y. est rejeté.

Article 7 : La présente décision sera notifiée à M. Y., au directeur de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie de Haute-Savoie, à l'échelon local du service médical de Haute-Savoie, au directeur de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions d'Auvergne-Rhône-Alpes, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Haute-Savoie, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'agriculture.

Copie pour information en sera délivrée à Me Choley.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 03 juin 2022, où siégeaient Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, présidente ; M. GACHET, membre titulaire et Mme MARTINEAU, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; M. le Dr HOUSSINOT, membre titulaire et Mme le Dr GODINO, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LA CONSEILLERE D'ETAT  
PRESIDENTE DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU  
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-  
KINESITHERAPEUTES

MARIE-FRANCOISE GUILHEMSANS

LE SECRETAIRE DE LA  
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

AURELIE VIEIRA

*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.*