

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

Dossier n° 005-2019 M. X. c. Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde

Décision rendue publique par affichage le 17 février 2022

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

Vu la procédure suivante :

Par une plainte enregistrée le 17 octobre 2017 au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Aquitaine, le directeur de la Caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde demande qu'il soit infligé à M. X., masseur-kinésithérapeute, une sanction exemplaire compte tenu de la gravité des faits qui lui sont reprochés, que celui-ci soit condamné à lui rembourser la somme de 218 758,84 euros et qu'il soit ordonné la publication de la sanction dans ses locaux ouverts au public.

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 ;

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

Après avoir entendu en séance publique du 9 novembre 2021 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;
 - Me Jessica Garaud, se substituant à Me Françoise Pillet, pour la caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde, en ses observations ;
 - Me Olivier Dewas, se substituant à Me Maud Zerah, pour M. X., en ses observations ;
- Me Dewas ayant été invité à prendre la parole en dernier.

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. La caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde a procédé, avec l'aide de l'échelon local du service médical, à un contrôle de l'activité de M. X., masseur-kinésithérapeute, portant sur la facturation des soins dispensés entre le 1^{er} juillet 2014 et le 16 janvier 2017, et comprenant l'audition des patients n°1 à 24 et une étude sur pièces des dossiers des patients n°25 à 312. Ce contrôle ayant mis en évidence des anomalies dans la facturation pratiquée, le directeur de la caisse a déposé le 17 octobre 2017 une plainte contre M. X. auprès de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Aquitaine, portant sur les facturations effectuées par celui-ci du 4 novembre 2014 au 22 septembre 2016 et du 27 septembre 2016 au 26 janvier 2017. Cette juridiction n'ayant pas statué dans le délai d'un an, la caisse primaire d'assurance-maladie a, le 18 juillet 2019, saisi de cette plainte la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, en application de l'article R.145-19 de la sécurité sociale.

Sur les fins de non-recevoir opposées par M. X. :

2. Aux termes de l'article R.145-19 du code de la sécurité sociale : « *Si la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre intéressé (...) ne s'est pas prononcée dans un délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances sociales du conseil national compétent peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants. La juridiction de première instance est alors dessaisie à la date d'enregistrement de la requête au conseil national. (...)* ». Il ressort de ces dispositions que la section des assurances sociales du Conseil national n'est pas saisie d'une nouvelle requête distincte de la plainte déposée devant la juridiction de première instance, mais d'une demande de procéder au jugement de cette plainte, à la place de la juridiction de première instance, qui est alors dessaisie. Dès lors, M. X. n'est pas fondé à soutenir que la procédure suivie devant la présente juridiction serait irrégulière faute de véritable requête, distincte de la plainte devant la section des assurances sociales régionale.

3. La procédure ainsi organisée dans le but de garantir aux intéressés que leur cause sera entendue dans un délai raisonnable et qui leur permet d'exposer leurs moyens devant la section des assurances sociales du Conseil national, appelée à statuer en droit et en fait et dont la décision est soumise au juge de cassation, ne méconnaît pas les stipulations de l'article 6-1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, lesquelles n'imposent pas l'existence d'un double degré de juridiction. Si ces stipulations prévoient également que toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue dans un délai raisonnable, leur méconnaissance n'est en tout état de cause pas de nature à entraîner la nullité de l'action engagée ; en outre, les dispositions précitées de l'article R. 145-19 du code de la sécurité sociale n'impliquent aucune obligation pour les requérants de faire application de cet article et aucun délai de jugement des plaintes dont sont saisies les sections des assurances sociales n'est prescrit à peine de nullité de l'ensemble de la procédure. Dès lors M. X. n'est pas fondé à soutenir que la procédure engagée à son encontre serait entachée de nullité en raison des délais écoulés depuis le début de la procédure, la caisse primaire d'assurance-maladie ayant saisi la section des assurances sociales du Conseil national neuf mois après l'expiration du délai d'un an après l'enregistrement de la plainte.

4. Aux termes de l'article R.145-25 du code de la sécurité sociale : « *Dès réception de la plainte ou de la requête et des pièces jointes requises, la plainte, le mémoire et les pièces jointes sont notifiés, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article R. 145-24, par lettre recommandée avec accusé de réception, aux parties. (...)* ». M. X. soutient que la procédure dirigée contre lui est viciée, en raison du fait que la plainte, enregistrée au secrétariat de la section des assurances sociales de première instance le 17 octobre 2017, ne lui a été communiquée qu'en juillet 2019 par la section des assurances sociales du Conseil national, ce qui ferait obstacle à sa défense, lui rendant difficile la communication de pièces complémentaires eu égard à l'ancienneté des faits. Ce délai, pour regrettable qu'il soit, n'est toutefois pas de nature à faire obstacle à la poursuite de la procédure, d'autant plus qu'à l'occasion du contrôle, M. X. a en tout état de cause été informé tant de la période de facturation concernée que des griefs, a été entendu par les contrôleurs et a reçu la liste des ordonnances manquantes pour justifier ses facturations.

Sur la prescription :

5. 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 médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, 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.(...)* ». Il est constant qu'à la date de la saisine de la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Aquitaine, aucun des faits relevés dans la plainte n'était atteint par la forclusion prévue par cet article. La circonstance que l'affaire a été ultérieurement transférée à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes en application des dispositions précitées de l'article R.145-19 du même code, ce qui, ainsi qu'il a été dit au point 2, ne s'analyse pas comme le dépôt d'une nouvelle requête, n'est pas de nature à modifier le point de départ du délai de forclusion. Dès lors, M. X. n'est pas fondé à soutenir que les faits antérieurs de plus de trois ans à l'enregistrement de la plainte auprès de la section des assurances sociales du Conseil national seraient prescrits.

Sur les griefs :

En ce qui concerne le grief de falsification de prescriptions médicales :

6. 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.

7. Il résulte de l'instruction que, dans trois dossiers de patients auditionnés et 17 dossiers étudiés sur pièces, M. X. a modifié des prescriptions médicales en rayant le nombre de séances prescrit par le médecin, afin d'en facturer un plus grand nombre ou, pour l'une des prescriptions, en modifiant sa date pour justifier une extension de la période de soins. En revanche, la modification par lui de la date de l'ordonnance de la patiente n°236 n'est pas établie. Si M. X., qui reconnaît les faits, soutient qu'il aurait apporté ces modifications dans l'intérêt des patients qui avaient des difficultés à obtenir un rendez-vous avec leur médecin, afin d'éviter toute interruption de soins, le nombre de séances réalisées en sus de celles prescrites est tel que cette explication est invraisemblable ; en outre, contrairement à ce qu'il soutient, il n'a pas apposé sa signature sur la plupart de ces modifications pour en prendre la responsabilité. Dès lors, il s'est rendu coupable de falsification de prescriptions et de méconnaissance des dispositions précitées du code de la santé publique et de la nomenclature générale des actes professionnels.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes fictifs :

8. Il résulte de l'instruction que, au vu des informations recueillies lors des auditions des assurés n°1 à 24, M. X. a facturé de nombreux actes qu'il n'a pas réalisés ainsi que les frais annexes correspondant. En outre, il a facturé les mêmes soins deux fois pour le patient n°46. Enfin, il a facturé de nombreuses séances à des dates erronées, cette dernière irrégularité n'ayant toutefois pas donné lieu au calcul d'indus. Les différentes explications qu'il avance, notamment le fait qu'il est débordé et peut se tromper dans ses facturations car il n'a pas de secrétaire pour ne pas risquer une violation du secret médical, ou le fait qu'il ne peut pas toujours faire des soins prévus à domicile, car un autre professionnel est déjà présent, ne sont pas de nature à l'exonérer de sa responsabilité. S'il soutient que le délai dans lequel il a été informé de la plainte ne lui permettait plus de demander à ses patients de nouvelles attestations près de cinq ans après les faits les plus anciens, il avait été informé de ce grief et les noms des patients interrogés lui avaient été communiqués lors de son audition du 1^{er} mars 2017. Ce grief doit donc être retenu.

En ce qui concerne le grief de surfacturation :

9. Il résulte de l'instruction que M. X. a pratiqué, au cours de la période contrôlée, des surfacturations systématiques, en facturant 97,8 % de ses actes à un coefficient égal ou supérieur à 12 ; il a ainsi coté AMK 12 les séances pour plus de 300 patients, alors que cette cotation, réservée aux soins palliatifs, n'était justifiée que pour trois d'entre eux ; il a en outre coté tous ses bilans-diagnostic kinésithérapiques 10,1 et utilisé systématiquement la cotation IFS pour les frais de déplacement, même quand les conditions prévues par la nomenclature n'étaient pas réunies. Contrairement à ce que soutient M. X., ces cotations erronées ne concernent pas des actes ou des techniques qui ne seraient pas clairement mentionnés dans la nomenclature et le fait qu'il a toujours effectué des demandes d'entente préalable et n'a jamais reçu la moindre alerte sur ses pratiques n'est pas de nature à l'exonérer de sa responsabilité. Ce grief doit donc être retenu.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes, frais de déplacement et majorations non prescrits :

10. Aux termes de l'article 13 des Dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels : « *Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels(...) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte (...)* » ; aux termes de l'article 14 des mêmes Dispositions générales : « *Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu, en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration (...)*B Actes effectués par les auxiliaires médicaux et par les sages-femmes lorsqu'elles dispensent des soins infirmiers/ La valeur des majorations forfaitaires pour actes effectués la nuit et le dimanche et jours fériés légaux est déterminée dans les mêmes conditions que la valeur des lettres clés prévues à l'article 2 (...) » ; aux termes des dispositions préliminaires du titre XIV de la même nomenclature : « (...) Pour les actes du présent titre, les dispositions de l'article 14B des Dispositions générales applicables en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, sont étendues aux actes répétés, en cas de nécessité impérieuse d'un traitement quotidien. ».

11. La caisse primaire d'assurance-maladie reproche à M. X. d'avoir facturé des frais ou majorations pour des déplacements à domicile et interventions de nuit ou un jour férié non prescrit, anomalie constatée pour sept patients auditionnés et 51 dossiers étudiés sur pièces. Si le grief de facturation de majorations pour intervention de nuit ou un jour férié, sans que l'ordonnance mentionne l'urgence ou la nécessité de soins quotidiens, doit être retenu, il ne résulte pas de l'instruction que les déplacements à domicile effectués, lesquels n'exigeaient pas une mention expresse sur l'ordonnance, auraient été manifestement inadaptés à l'état des patients concernés. Le grief ne doit donc être retenu qu'en tant qu'il concerne les majorations pour intervention de nuit ou un jour férié.

12. Il résulte en outre de l'instruction que M. X. n'a pas été en mesure de présenter à la caisse, qui n'en a reçu qu'une partie, des prescriptions couvrant toute la période au titre de laquelle il a facturé des soins pour trois patients auditionnés et 43 patients dont les dossiers ont été étudiés sur pièces, la liste des ordonnances manquantes lui ayant été communiquée dès le 1^{er} mars 2017. Si la caisse primaire requérante a accepté le remboursement d'une partie des soins correspondant, dès lors qu'elle disposait d'une autre prescription médicale, d'une fiche synthétique de bilan-diagnostic kinésithérapique ou d'informations permettant d'établir une cotation, ou bien lorsqu'une autre cotation que AMK 12 ou AMK 10.1 avait été utilisée par M. X., le grief doit néanmoins être retenu.

En ce qui concerne le grief de facturation de bilans-diagnostic kinésithérapiques non conformes à la nomenclature :

13. Selon les dispositions de la section 2 du chapitre I du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels, dans sa rédaction en vigueur à l'époque des faits, le bilan-diagnostic kinésithérapique est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte l'évaluation initiale des déficiences et des incapacités fonctionnelles et il est enrichi au fil du traitement, le médecin prescripteur devant recevoir une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial comprenant évaluation, diagnostic kinésithérapique et protocole thérapeutique précisant le nombre de séances, ainsi qu'une fiche synthétique au terme d'un traitement supérieur ou égal à dix séances, comprenant le cas échéant, les motifs et modalités d'une prolongation de traitement. Or il résulte de l'instruction que, dans 19 dossiers de patients auditionnés et 185 dossiers étudiés sur pièces, le contenu des fiches synthétiques des bilans-diagnostic kinésithérapiques facturés n'était pas conforme à ces exigences. M. X. a ainsi méconnu les dispositions précédemment mentionnées de la nomenclature.

En ce qui concerne le grief de facturation de frais de déplacement en méconnaissance de la nomenclature :

14. Aux termes de l'article 13 des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou à la Classification commune des actes médicaux (CCAM) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé. (...) Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin généraliste ou spécialiste qualifié, du chirurgien-dentiste omnipraticien ou spécialiste qualifié, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération, ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à deux kilomètres en plaine ou à un kilomètre en montagne, l'indemnité de déplacement est forfaitaire. (...) Le remboursement accordé par la caisse pour le déplacement d'un professionnel de santé ne peut excéder le montant de l'indemnité calculé par rapport au professionnel de santé de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade (...)* ». Il résulte de l'instruction que, pour sept patients, M. X. a facturé des indemnités kilométriques, alors que d'autres masseurs-kinésithérapeutes plus proches de la résidence du patient auraient facturé seulement des indemnités forfaitaires. Il a ainsi méconnu l'article 13 précité de la nomenclature.

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

15. 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. (...)* ».

16. Il résulte de l'instruction que, pour 19 des 24 patients auditionnés, M. X. n'a pas respecté la durée d'environ 30 mn de soins individuels, le temps consacré personnellement à chaque patient étant même évalué par 11 d'entre eux entre 0 et 10 mn : 0 minutes pour l'assuré n°19, 5 minutes pour les assurés n° 1, 9, 10, 14, 18 et 24 et un maximum de 10 minutes pour les assurés n° 3, 4, 15 et 17. En outre, 17 des patients auditionnés ont reçu leurs soins dans une salle où M. X. suivait plus de trois personnes simultanément, soit de sept à treize selon les témoignages recueillis. Ces pratiques, dont l'existence est corroborée par les chiffres globaux de l'activité de l'intéressé figurant dans le rapport d'enquête, sont préjudiciables à la qualité des soins et méconnaissent les dispositions précitées de la nomenclature générale des actes professionnels.

Sur la sanction :

17. 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. ».

18. Les faits mentionnés aux points 7 à 16 constituent des fautes, abus ou fraudes qu'il y a lieu de sanctionner. Eu égard à leur nature et à leur répétition, celles-ci ne peuvent être la conséquence de simples erreurs ou négligences. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. X. en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de dix-huit mois, dont six mois assortis du sursis.

19. 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. Le remboursement de ces honoraires abusifs constitue une sanction qui peut être décidée par la section des assurances sociales sans qu'il soit nécessaire que la caisse primaire d'assurance-maladie l'ait préalablement demandée. Les griefs de facturation d'actes fictifs et de surfacturation d'actes et de frais de déplacement mentionnés aux points 8, 9, 11 et 14 constituent des abus d'honoraires. Il en est de même du grief relatif à la durée des soins prodigués aux onze patients mentionnés au point 16, qui est telle que ceux-ci doivent être regardés comme équivalant à une absence de soins. En revanche, la perception, par M. X., au titre du tiers payant, de sommes correspondant à la part prise en charge par l'assurance maladie pour des actes réalisés en l'absence de prescription médicale, mentionnés aux points 7 et 12, ou des bilans-diagnostic kinésithérapiques mentionnés au point 13 ne satisfaisant pas aux conditions prévues par la nomenclature, n'est pas, par elle-même, constitutive d'un abus d'honoraires au sens des dispositions précitées de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

20. Les pièces du dossier ne permettant pas de calculer le montant des honoraires abusifs à rembourser par M. X., compte tenu de la pluralité de griefs par acte et des modifications apportées aux modalités de calcul retenues dans la plainte, il y a lieu d'ordonner à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde de communiquer au secrétariat de la présente juridiction dans un délai de deux mois, les montants à prendre en compte pour le calcul du trop-remboursé dans les conditions prévues au point 19, grief par grief et patient par patient.

21. 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 Gironde pendant la durée de l'exécution de la sanction mentionnée au point 18 pour la partie non assortie du sursis.

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

22. Les dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce qu'une somme soit mise à la charge de la caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde, qui n'est pas, dans la présente instance, la partie perdante, au titre des frais exposés par M. X. et non compris dans les dépens.

DECIDE :

Article 1^{er} : Il est infligé à M. X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de dix-huit mois, dont six mois assortis du sursis.

Article 2 : L'exécution de cette sanction prendra effet le 1^{er} août 2022 à 0h00 et cessera de porter effet le 31 juillet 2023 à minuit.

Article 3 : La caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde transmettra les données mentionnées au point 20 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national, dans un délai maximum de deux mois à compter de la notification de la présente décision.

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

Article 5 : Le surplus des conclusions de la plainte et les conclusions de M. X. tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative, sont rejetés.

Article 6 : La présente décision sera notifiée à M. X., à la caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Gironde, 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 Nouvelle-Aquitaine, au directeur de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, 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 Pillet et à Me Zerah.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 9 novembre 2021, où siégeaient Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, présidente ; M. GACHET, membre titulaire et Mme VINCENT, 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.