

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

**Dossier n° 006-2023 M. X. c. CPCAM des Bouches-du-Rhône**

Décision rendue publique par affichage le 21 juin 2024

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

Vu la procédure suivante :

*Procédure contentieuse antérieure*

Le directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône a porté plainte le 17 mars 2021 contre M. X., masseur-kinésithérapeute à (...) 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°05-2021 du 9 mars 2023, cette section des assurances sociales a infligé à M. X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois assortie du sursis pour une durée de trois mois.

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

Par une requête enregistrée le 8 mai 2023 au greffe de la cour administrative d'appel de Marseille et transmise par ordonnance du président de cette cour, le 9 mai 2023, à la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. X., représenté par Me Nicolas Choley et Me Thibaud Vidal, conclut à l'annulation de cette décision et, à titre principal, au rejet de la plainte formée par la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, à titre subsidiaire à ce que la sanction soit ramenée à de plus justes proportions et, en tout état de cause, à ce que soit mise à la charge de cette caisse une somme de 5000 euros à lui verser 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 ;
- Le code de la santé publique ;
- Le code de la sécurité sociale ;
- 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 ;
- 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 au cours de l'audience publique du 29 mai 2024 :

- M. Roger-Philippe Gachet en son rapport ;
- Les observations de Me Elie Lellouche se substituant à Mes Nicolas Choley et Thibaud Vidal pour M. X. ;
- Les observations de Me Sophie Tassel pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

Me Lellouche ayant été invité à prendre la parole en dernier.

Après en avoir délibéré,

Considérant ce qui suit :

1. M. X., masseur-kinésithérapeute à (...) fait appel de la décision du 9 mars 2023, par laquelle 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 lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois, assortie du sursis pour une durée de trois mois.

Sur la régularité de la décision contestée :

2. Aux termes de l'article R.145-41 du code de la sécurité sociale : « *la minute de la décision est signée par le président de la formation de jugement et le secrétaire de l'audience* ». Il ressort des pièces du dossier que la minute de cette décision a bien été signée par le président et la secrétaire, conformément aux dispositions précitées, aucune disposition n'imposant, par ailleurs, que l'expédition notifiée aux parties comporte ces signatures. Dès lors, le moyen tiré de l'irrégularité de cette décision à défaut de signature par le président de la formation de jugement ne peut qu'être écarté.

### Sur l'irrégularité de la procédure préalable :

3. Aux termes de l'article L.114-9 du code de la sécurité sociale : « *Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. (...)* » ; en vertu de l'article L.114-10 du même code : « *Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou par arrêté du ministre chargé de l'agriculture, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence 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. Les constatations établies à cette occasion par ces agents font foi jusqu'à preuve du contraire. (...)* ». Lorsqu'à la suite d'un tel contrôle, le directeur d'une caisse primaire d'assurance-maladie dépose plainte devant une section des assurances sociales, la procédure de contrôle 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. Toutefois, 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 de contrôle 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.

4. M. X. soutient que l'irrégularité de la procédure préalable a porté une atteinte irrémédiable aux droits de la défense, car lorsqu'il a été entendu par la caisse primaire d'assurance-maladie, et dans le but de l'amener à s'auto-incriminer, personne ne lui a indiqué que l'audition était libre, ni qu'il avait droit à l'assistance d'un avocat, ni qu'il avait le droit de se taire, ce qui méconnaîtrait les exigences constitutionnelles et la Charte du contrôle de l'activité professionnelle de santé par l'assurance-maladie. Dès lors, il demande que le procès-verbal d'audition soit écarté des débats et que le caractère non probant des éléments recueillis par la caisse primaire d'assurance-maladie soit reconnu. Il soutient notamment que ses déclarations selon lesquelles il travaillait du lundi au jeudi de 7h30 à 20h30, certains jours jusqu'à 22 heures, et le vendredi de 7h30 à 14h, ne doivent pas être prises en compte, car il ne disposait pas de son agenda.

5. Il résulte de l'instruction que le contrôle de l'activité de M. X. a été conduit sur le fondement des articles L. 114-9 et L. 114-10 du code de la sécurité sociale précités, en raison d'une suspicion de fraude, que celui-ci n'a pas été empêché de faire valoir ses observations sur les anomalies qui lui ont été signalées lors de son audition et a signé le procès-verbal. Les informations données par celui-ci sur son activité lors de cette audition ayant pu être rectifiées par lui tout au long de la procédure juridictionnelle, les conditions dans lesquelles celle-ci s'est déroulée n'ont pu, en tout état de cause, porter une atteinte irrémédiable aux droits de la défense. Quant au caractère probant des déclarations consignées au procès-verbal, il sera apprécié à l'occasion de l'examen des griefs, compte tenu des circonstances de l'audition et des productions du requérant dans le cadre de la procédure juridictionnelle. Par suite, l'exception d'irrégularité de la procédure soulevée par M. X. doit être écartée

#### Sur les griefs :

6. 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. (...)* ». Ces dispositions visent à définir le niveau de qualité des soins de masso-kinésithérapie remboursables par l'assurance-maladie. Il en résulte que, quelles que soient les modalités selon lesquelles ces soins sont dispensés, y compris lorsque plusieurs patients sont traités en même temps, le masseur-kinésithérapeute doit, sauf exceptions prévues par la nomenclature générale des actes professionnels, se consacrer personnellement à chaque patient pendant une durée de l'ordre de 30 minutes, éventuellement fractionnée ; pour les traitements de groupe, la durée de chaque séance en présence du praticien doit être de 30 minutes multipliées par le nombre de patients concernés. Enfin, le nombre de patients traités simultanément est au maximum de trois. Ces règles s'appliquent quel que soit le niveau d'équipement du cabinet.

7. Il résulte de l'instruction que, à la suite des déclarations de M. X. sur l'amplitude de sa journée de travail, estimée par lui entre 13h et 14h30 par jour du lundi au jeudi, la caisse primaire centrale d'assurance-maladie a pris en compte une durée de travail de 14h30 par jour pour évaluer le temps consacré individuellement par celui-ci à chaque patient. Si le requérant soutient que sa situation devrait être appréciée compte tenu d'une durée de travail de 18h par jour, admise selon lui par la jurisprudence, il n'établit pas, ni même n'allègue, qu'il s'agirait de la durée effective de sa journée de travail. Dès lors, il n'y a pas lieu de remettre en cause la durée, favorable au requérant, de 14h30 par jour, prise en compte par la caisse, qui correspond à l'amplitude maximale déclarée par celui-ci.

8. Il résulte également de l'instruction, notamment du tableau de préjudice produit par la caisse primaire centrale d'assurance-maladie, que, au cours de la période contrôlée, M. X. a facturé plus de 29 actes, et jusqu'à 64 actes, pendant 237 journées. Si M. X. soutient que ce tableau ne suffit pas à apporter la preuve du nombre d'actes qu'il a réalisés, car les dates qu'il mentionne sont différentes de celles de la plainte, il ressort des pièces du dossier que la plainte mentionne la période contrôlée, du 7 janvier 2019 au 18 mai 2020, ces dates correspondant aux dates de mandatement des sommes facturées par ce professionnel, tandis que le tableau de préjudice mentionne la date de réalisation des actes correspondant à ces mandatements, soit du 27 août 2018 au 27 janvier 2020. Par ailleurs, contrairement à ce qu'il soutient, le tableau de préjudice, fourni sous Excel pour en faciliter l'étude, comprend le détail des actes par journée, et la table de correspondance permet de rattacher ceux-ci aux patients. Le nombre d'actes réalisés par jour résultant de ce tableau, qui n'est pas sérieusement contesté, doit donc être retenu.

9. Compte tenu du temps nécessaire à ses déplacements à domicile (entre 1 et 7 par jour), aux soins non soumis à une durée de l'ordre de 30 mn, aux soins à des assurés ne relevant pas du régime général, et à sa pause méridienne, temps qui peut être évalué à un minimum de 1h30 par jour, la caisse primaire d'assurance-maladie est fondée à soutenir que M. X. a méconnu les dispositions précitées au point 6, la durée effective des soins qu'il a dispensés personnellement ne pouvant être que substantiellement inférieure à 30mn. En outre, pendant 187 journées, le nombre d'actes pratiqués pendant la période maximale de 13 heures, au cours de laquelle M. X. peut être regardé comme ayant réalisé des soins soumis à une durée de l'ordre de 30 minutes pour des assurés du régime général, a excédé 39, ce qui révèle l'existence au cours de ces journées, soit d'actes d'une durée de moins de 20 minutes équivalant à une absence de soins, soit d'actes facturés sans avoir été réalisés.

#### Sur la sanction :

10. 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. ».*

11. Les faits mentionnés au point 9 constituent des fautes et abus qu'il y a lieu de sanctionner. Il sera fait une juste appréciation de la responsabilité de M. X. en confirmant la sanction, infligée en première instance, de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont trois mois assortis du sursis.

12. Compte tenu de la mise en recouvrement des indus par la caisse primaire d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, il n'y a pas lieu d'infliger à celui-ci la sanction du remboursement du trop-perçu au titre des abus d'honoraires.

Sur les frais exposés par M. X. et non compris dans les dépens :

13. Les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que la somme demandée par M.X. à ce titre soit mise à la charge de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, qui n'est pas, dans la présente affaire, la partie perdante.

DECIDE :

Article 1<sup>er</sup> : La requête de M. X. est rejetée.

Article 2 : L'exécution de la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont trois mois assortis du sursis, infligée à M. X. par la décision attaquée, prendra effet, pour sa partie non assortie du sursis, le 1<sup>er</sup> novembre 2024 à 0h et cessera de porter effet le 31 janvier 2025 à minuit.

Article 3 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, par affichage dans ses locaux ouverts au public pendant une durée de deux mois à compter de la date d'effet de la sanction mentionnée à l'article 2.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à M. X., au directeur de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, au directeur de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, à 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, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, à la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités et au ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Copie pour information en sera délivrée à Mes Choley et Vidal et à Me Tassel.

Ainsi fait et délibéré par Mme GUILHEMSANS, Conseillère d'Etat, Présidente, M. GACHET et M. ROUMIER, membres titulaires, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr SEYER et M. le Dr HUE, membres suppléants, 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 SECRETARIAT DE LA  
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

CINDY SOLBIAC

*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.*