

**LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DU CONSEIL
REGIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Audience publique du 22 janvier 2019

**REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Décision rendue publique le 15 février 2019
Affaire SAS n° 03-2016

Vu la procédure suivante :

Par mémoires enregistrés les 20 juin et 27 octobre 2016, le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical a porté plainte contre M. X., masseur-kinésithérapeute, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes et demande :

1°) l'application d'une ou plusieurs des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale à l'encontre de M. X. ;

2°) de prononcer et fixer les modalités de la publication de la sanction, à titre de sanction complémentaire.

Le service du contrôle médical soutient que :

- l'analyse de l'activité de M. X. a permis de constater un pourcentage de déplacements facturés égal à 82% pour une moyenne régionale à 22, un pourcentage de jours avec plus de 20 patients dont quinze déplacements égal à 54,80%, pour une moyenne régionale à 11, un coefficient moyen par acte à 9,4 pour une moyenne régionale à 8, un nombre de patients à 55 pour une moyenne régionale à 206 et une somme de coefficients AMS-AMK facturés à 24 687 pour une moyenne régionale à 22 733 ;

- dans le dernier état des écritures, les griefs, qui portent sur 160 anomalies sur une période de 90 jours du 1^{er} janvier au 31 mars 2014, sont les suivants :

- non-respect de la prescription et facturation d'actes non prescrits (7) ;
- non-respect durée de soins (12) ;
- anomalies de cotations AMS /AMK (45) ;
- non-respect de tarification des bilans-diagnostic kinésithérapiques (8) ;
- cumul de cotation : acte complémentaire de kinésithérapie respiratoire dans une même séance (8) ;
- non-respect des règles de facturation des indemnités spécifiques de déplacement (33) ;
- facturation abusive de déplacements dans un même établissement (3) ;
- utilisation abusive du tiers payant (44) ;

Par des mémoires enregistrés les 28 décembre 2016 et 13 mars 2018, la directrice générale de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône s'est associée à la plainte du contrôle médical et demande, en outre, de condamner M. X. à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 13 515,31 euros sur le fondement de l'article L. 145-5-2 4° du code de la sécurité sociale et à

ce que la décision soit publiée.

Elle soutient que :

- elle entend se joindre à la plainte du service médical et en reprend les griefs en s'en rapportant aux pièces versées par ledit service ;
- ces pratiques et abus constituent des fautes, fraudes et abus au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale.

Par des mémoires enregistrés les 26 septembre et 12 décembre 2016, M. X., représenté par Me Grillat, conclut au rejet des plaintes.

Il soutient que :

- en ce qui concerne la facturation du « domicile » non prescrit, l'intervention à domicile était justifiée dans 4 dossiers ;
- en ce qui concerne le non respect de la prescription médicale, ses actes étaient justifiés dans 3 dossiers ;
- en ce qui concerne le non respect de la durée des soins, le grief n'est pas fondé ; les déclarations imputées aux patients doivent être écartées ;
- en ce qui concerne les anomalies de cotations AMS /AMK, il est de bonne foi, dans 19 cas ;
- en ce qui concerne le non-respect de tarification des bilans-diagnostic kinésithérapiques, la cotation AMK 10,1 est justifiée dans 8 dossiers,
- il a reconnu que les patients 14 et 18 ne permettaient pas un cumul de cotation ; par contre, 6 autres patients justifiaient une rééducation respiratoire et présentaient un épisode aigu ;
- c'est de bonne foi qu'il a facturé des IFO au lieu d'IFA dans les 33 dossiers cités ;
- la facturation du déplacement n'était pas abusive dans le dossier 25, pour les 3 autres, il reconnaît son erreur ;
- le tiers payant était justifié compte tenu que ses patients n'avaient pas la possibilité d'avancer les frais.

Vu les pièces produites et jointes au dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- la nomenclature générale des actes professionnels.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. Delapierre,
- les observations de M. le Docteur Y., représentant le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical,
- les observations de Mme Z., pour la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône,
- et les observations de Me Grillat, pour M. X. et de M. X.

Après en avoir délibéré secrètement conformément à la loi.

Considérant ce qui suit :

1. 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 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 dite "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" (...)* ». Aux termes des dispositions de l'article L. 145-5-2 dudit code : « *Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (...) 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 (...)* ». Constituent des honoraires abusifs au sens de ces dispositions 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.

2. Le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical ayant relevé que l'activité de M. X. au cours du premier semestre 2013 s'écartait des moyennes régionales, a procédé à une analyse détaillée des actes facturés sur une période de quatre-vingt-dix jours du 1^{er} janvier au 31 mars 2014. Au terme de la procédure contradictoire menée avec M. X., qui exerce exclusivement sa pratique au domicile des patients, il a conclu que quarante-six dossiers facturés au cours de cette période présentaient au total 160 anomalies et en a saisi la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes. La caisse primaire d'assurance maladie du Rhône qui s'est associée à la plainte demande que M. X. soit condamné à lui rembourser une somme de 13 515,31 euros.

3. En premier lieu, aux termes de l'introduction du Titre XIV de la NGAP : « *Sauf exception prévues dans les textes, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute se consacre exclusivement à son patient...* ». Le médecin conseil fait grief d'avoir consacré un temps insuffisant à ses patients dans 12 dossiers (1, 4, 8, 10, 11, 18, 21, 25, 29, 44, 45, et 48). M. X. le conteste. Il relève que les témoignages produits par le médecin-conseil n'ont pas été rédigés par ses patients, mais par le médecin-conseil, lui-même, « sous la dictée du patient », en des termes que ceux-ci ne pouvaient énoncer, eu égard à leur maîtrise du français, que certains patients, eu égard à leur grand âge, avaient une notion approximative du temps. Il ajoute que dans le temps de la séance doivent être ajoutés l'habillage et le déshabillage et qu'il a aussi adapté le temps de la séance à ce que le patient pouvait supporter. Dans les circonstances de l'espèce, eu égard à la fragilité des témoignages, et en l'absence d'autres éléments de preuve, le grief doit être écarté comme non établi.

4. En deuxième lieu, l'article 5 de la NGAP prévoit la prise en charge par l'assurance maladie des actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite. Le contrôle médical fait grief à M. X. d'avoir facturé à l'assurance maladie des indemnités forfaitaires de déplacement dans 4 dossiers (7, 14, 19 et 46), soit 84 IFO à 4 euros, alors que le médecin n'avait pas prescrit le domicile. M. X. soutient que l'état des patients justifiait qu'il les prît en charge à domicile. Toutefois, eu égard aux précisions apportées par le médecin conseil sur la prescription médicale, alors que M. X. limite sa défense à

des allégations non étayées, il est établi que la facturation des domiciles est indue.

5. En troisième lieu, le médecin conseil n'a pas produit l'ordonnance médicale concernant le dossier 19, prescrivant de la balnéothérapie. Le grief, contesté, tiré de ce que M. X. n'a pas respecté cette prescription doit être écarté. Par contre, et alors que le premier alinéa du préambule du Titre XIV de la NGAP prévoit que si le médecin précise sa prescription, celle-ci s'impose alors au masseur-kinésithérapeute, il résulte de l'instruction que pour le patient n°40, le médecin avait fixé le rythme et le nombre des séances hebdomadaires et M. X. sans le justifier a augmenté le nombre de séances hebdomadaires (+ 10 séances dans le dossier n°40).

6. En quatrième lieu, le contrôle médical relève que dans 19 cas de personnes âgées qui avaient besoin d'une rééducation de la déambulation (n°s 4, 5, 8, 12, 13, 16, 18, 22, 24, 26, 28, 30, 31, 36, 38, 39, 40, 43 et 47), M. X. a, facturé des rééducations spécifiques, alors qu'aucun élément médical ne le justifiait, pas plus que le libellé des prescriptions médicales. M. X. qui plaide seulement qu'il ignorait la NGAP, ne conteste pas avoir ainsi indument facturé des AMM 9,5 au lieu d'AMK 8 dans ces 19 dossiers.

7. En cinquième lieu, dans 26 dossiers (n°s 1, 2, 3, 6, 7, 10 11, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 23, 25, 27, 29, 32, 33, 34, 35, 37, 42, 44, 46 et 48), M. X., qui ne le conteste pas, a systématiquement coté ses actes pour un montant supérieur à ce que prévoit la NGAP, titre XIV, chapitre II, articles 1, 4, 5 et 7 bénéficiant ainsi du paiement de 2 547,5 coefficients AMK ou AMS indus.

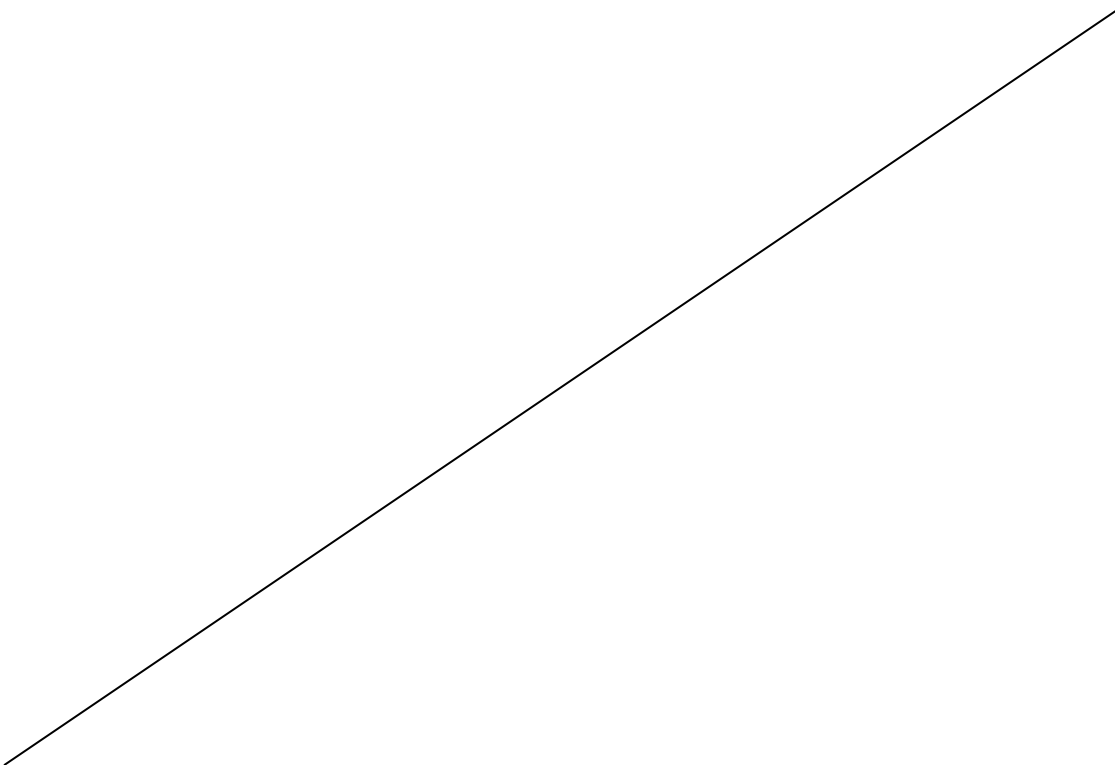
8. En sixième lieu, la NGAP, titre XIV, chapitre I, section 2 et 3 énonce les modalités selon lesquelles les bilans diagnostics kinésithérapiques sont pris en charge par l'assurance maladie. Pour 6 dossiers (8, 22, 26, 31, 36, et 43), M. X. a rapporté la réalisation du bilan à des actes de rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires (article 4) au lieu de rééducation de la déambulation du sujet âgé (article 9). Pour le dossier n°40, il a rapporté la réalisation du bilan à la rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (article 1) au lieu de rééducation de la déambulation du sujet âgé (article 9). Enfin, pour le dossier 42, il a rapporté le bilan à la rééducation de soins palliatifs (article 11) au lieu de la rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques (article 1). Il a ainsi facturé ces 8 bilans AMK 10,1 au lieu de AMK 8,1. M. X., n'apporte aucun élément établissant que, contrairement aux pièces de la procédure, ces bilans se rapportaient à la rééducation d'affections neurologiques et musculaires.

9. En septième lieu, les dispositions liminaires du titre XIV de la NGAP excluent le cumul de cotations. Toutefois, selon l'article 5 du chapitre II du titre XIV, le cumul de la facturation d'un acte de rééducation des conséquences des affections respiratoires pour un épisode aigu est possible avec un acte de rééducation d'une autre nature. M. X. a dans 8 dossiers (4, 18, 20, 23, 30, 32, 40 et 41) cumulé, lors de chaque séance, la cotation d'une rééducation respiratoire AMK 4 avec celle d'un autre acte coté AMS 9,5. En outre, pour 3 de ces dossiers, aucun acte de rééducation respiratoire n'était prescrit par le médecin. M. X. soutient systématiquement dans son mémoire en défense que les patients concernés présentaient un épisode aigu, alors qu'en réalité ils faisaient l'objet d'une prise en charge kinésithérapique au long cours. Lors de l'audience, il a indiqué que ces patients étaient « encombrés ». Ces explications sont insuffisantes à établir le bien-fondé du cumul de cotations.

10. En huitième lieu, l'annexe II à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir leurs rapports avec les caisses d'assurance maladie prévoit le remboursement d'une IFD (2,50 euros) pour les actes prescrits à domicile. Ce remboursement est une IFO, d'un montant de 4 euros, pour les actes de l'article 1^{er} du titre XIV de la NGAP « Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres ou du tronc et d'un ou plusieurs membres » cotée AMS 9,5. M. X. a, à tort coté AMS 9,5 des actes de rééducation qu'il aurait dû coter AMS 7,5 ou AMK 7 ou AMK 8, auxquels il a systématiquement ajouté une IFO à 4 euros au lieu d'une IFD à 2,5 euros, seule possible si l'acte avait été correctement coté. Les faits non contestés par M. X. que se borne à faire valoir qu'il pensait pouvoir facturer des IFO sont donc établis pour 33 dossiers n°s 3, 4, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 44, 45, 46, 47 et 48.

11. En neuvième lieu, dans le dernier état de ses écritures, le contrôle médical ne reproche plus à M. X. la facturation d'une indemnité de déplacement pour le dossier n°25, pour lequel M. X. a fait valoir que ses visites étaient décalées de celles d'un autre patient, habitant à la même adresse. Toutefois, M. X. ne conteste pas qu'il a facturé indument des indemnités de déplacement dans les dossiers 31, 37 et 39, alors qu'il avait déjà facturé la même indemnité pour le conjoint du patient.

12. Il résulte des points précédents du présent jugement que M. X. a abusivement surcoté de très nombreux actes facturés à l'assurance maladie. Le montant total de l'indu est de 13 479,31 euros, ainsi que cela ressort du tableau ci-dessous. Il y a lieu de condamner M. X. à rembourser à l'assurance maladie la somme de 13 479,31 euros.



N° de dossier	Date de l'acte	Cotation induë	Nombre d'actes indus	Total indu
1- Non respect de la prescription médicale : domiciles non prescrits				
7	du 05/02/14 au 03/03/14	IFO 1	10	40,00 €
14	du 01/01//14 au 8/04/14	IFO 1	46	184,00 €
19	du 03/01/14 au 17/02/14	IFO 1	20	80,00 €
46	du 24/01/14 au 10/02/14	IFO 1	8	32,00 €
			TOTAL 1 = 336,00 €	
2- Non respect du libellé de la prescription médicale				
40	du 06/01/14 au 14/03/14	AMS 9,5	10	204,25 €
		AMK 4	10	86,00 €
		IFO 1	10	40,00 €
			TOTAL 2 = 330, 25 €	
3- Non respect de la NGAP Titre XIV Chapitre 2, Article 9				
4	du 02/01/14 au 29/04/14	13,33 €	48	639,60 €
5	du 15/01/14 au14/04/14	4,73 €	39	184,47 €
8	du 21/12/13 au 31/03/14	7,95 €	43	341,85 €
12	du 26/02/14 au 02/05/14	4,73 €	20	94,50 €
13	du 01/01/14 au 14/05/14	4,73 €	58	274,05 €
16	du 01/01/14 au 30/04/14	4,73 €	52	245,70 €
18	du 02/04/14 au 30/04/14	4,73 €	13	61,43 €
22	du 17/01/14 au 07/05/14	7,95 €	11	87,45 €
24	du 01/01/14 au 14/05/14	10,10 €	42	424,20 €
26	du 16/01/14 au 29/04/14	7,95 €	31	246,45 €
28	du 01/01/14 au 14/05/14	4,75 €	42	198,45 €
30	du 02/01/14 au 29/04/14	13,33 €	51	679,83 €
31	du 02/01/14 au 29/04/14	7,95 €	50	397,50 €
36	du 14/03/14 au 15/04/14	7,95 €	13	103,35 €
38	du 02/01/14 au 29/04/14	7,95 €	50	397,50 €
39	du 26/12/13 au 04/05/14	4,73 €	50	236,50 €
40	du 06/01/14 au 30/04/14	13,33 €	47	626,51 €
43	du 01/01/14 au 30/04/14	7,95 €	52	413,40 €
47	du 16/01/14 au 29/04/14	4,73 €	43	203,39 €
			TOTAL 3 = 5 856,13 €	
4- Non respect de la NGAP Titre XIV Chapitre 2, Article 1				
3	du 13/03/14 au 01/05/14	AMS 2	15	64,50 €
11	du 21/02/14 au 07/05/14	AMS 2	31	133,30 €
14	du 01/01/14 au 18/04/14	AMS 2	46	197,80 €
21	du 03/01/14 au 31/03/14	AMS 2	41	176,30 €
25	du 03/01/14 au 01/05/14	AMS 2	9	38,70 €
27	du 13/03/14 au 01/05/14	AMS 2	32	137,60 €
29	du 01/01/14 au 19/04/14	AMS 2	14	60,20 €
35	du 23/01/14 au 01/04/14	AMS 2	30	129,00 €
37	du 20/12/13 au 10/01/14	AMS 2	7	30,10 €
42	du 02/01/14 au 26/04/14	AMS 2	62	266,60 €

44	du 06/03/14 au 08/05/14	AMS 2	24	103,20 €
46	du 24/01/14 au 10/02/14	AMS 2	26	111,80 €
48	du 02/01/14 au 13/05/14	AMS 2	57	245,10 €

TOTAL 4 = 1694,20 €

5- Non respect de la NGAP Titre XIV Chapitre 2, Article 4

1	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 1	30	64,50 €
2	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 2	36	154,80 €
6	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 1	51	109,65 €
10	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 1	40	86,00 €
15	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 2	58	249,40 €
17	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 2	80	344,00 €
20	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 3,5	86	647,15 €
23	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 3,5	66	496,65 €
32	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 3,5	60	451,50 €
34	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 1	12	25,80 €
41	du 01/01/14 au 30/04/14	AMK 3,5	26	195,65 €

TOTAL 5 = 2 825,1 €

6- Non respect de la NGAP Titre XIV Chapitre 2, Article 5

18	du 02/01/14 au 13/05/14	AMK 2,5	23	271,98 €
				TOTAL 6 = 271,98

7- Non respect de la NGAP Titre XIV Chapitre 2, Article 7

7	du 05/02/14 au 03/03/14	AMK 2,5	10	53,75 €
				TOTAL 7 = 53,75 €

8- Non respect de la NGAP Titre XIV Chapitre 1 Sect 2 et 3 Bilans Diagnostics

8	du 21/12/13 au 31/03/14	AMK 2	1	4,30 €
22	du 17/01/14 au 07/05/14	AMK 2	1	4,30 €
26	du 16/01/14 au 29/04/14	AMK 2	1	4,30 €
31	du 02/01/14 au 26/04/14	AMK 2	1	4,30 €
36	du 04/03/14 au 15/04/14	AMK 2	1	4,30 €
40	du 06/01/14 au 14/03/14	AMK 2	1	4,30 €
42	du 02/01/14 au 26/04/14	AMK 2	1	4,30 €
43	du 02/01/14 au 26/04/14	AMK 2	1	4,30 €

TOTAL 8 = 34,40 €

9- Non respect de la NGAP Article 13 indemnités de déplacement				
3	du 15/03/14 au 01/05/14	IFO-IFD	15	22,50 €
4	du 02/01/14 au 29/04/14	IFO-IFD	48	72,00 €
5	du 15/01/14 au 14/04/14	IFO-IFD	38	57,00 €
7	du 15/01/14 au 14/04/14	IFO-IFD	10	15,00 €
8	du 15/01/14 au 14/04/14	IFN-IFD	43	64,50 €
11	du 21/02/14 au 07/05/14	IFO-IFD	43	64,50 €
12	du 21/02/14 au 07/05/14	IFO-IFD	20	30,00 €
13	du 01/01/14 au 15/04/14	IFO-IFD	58	87,00 €
14	du 01/01/14 au 18/04/14	IFO 1	46	déjà compté dans le paragraphe 1
16	du 01/01/14 au 30/04/14	IFO-IFD	52	78,00 €
18	du 07/02/14 au 31/03/14 du 01/01/14 au 30/04/14	IFO-IFD IFO-IFD	23 13	54,00 €
21	du 03/01/14 au 31/03/14	IFO-IFD	41	61,50 €
22	du 01/01/14 au 15/04/14	IFN-IFD	48	72,00 €
24	du 01/01/14 au 31/03/14	IFN-IFD	42	63,00 €
25	du 03/01/14 au 22/01/14	IFO-IFD	9	13,50 €
26	du 16/01/14 au 29/04/14	IFN-IFD	31	46,50 €
28	du 01/01/14 au 11/04/14	IFO-IFD	42	63,00 €
29	du 01/01/14 au 19/04/14	IFO-IFD	53	79,50 €
30	du 01/01/14 au 19/04/14	IFO-IFD	51	76,50 €
31	du 01/01/14 au 19/04/14	IFN-IFD	50	75,00 €
35	du 23/01/14 au 01/04/14	IFO-IFD	30	45,00 €
36	du 04/03/14 au 15/04/14	IFN-IFD	13	19,50 €
37	du 20/12/13 au 15/04/14	IFO-IFD	7	10,50 €
38	du 04/01/14 au 29/04/14	IFN-IFD	50	75,00 €
39	du 26/12/13 au 08/05/14	IFO-IFD	50	75,00 €
40	du 04/01/14 au 29/04/14	IFO-IFD	47	70,50 €
43	du 01/01/14 au 30/04/14	IFN-IFD	52	78,00 €
44	du 06/03/14 au 08/05/14	IFO-IFD	24	36,00 €
46	du 17/02/14 au 11/04/14	IFO-IFD	26	39,00 €
47	du 14/01/14 au 29/04/14	IFO-IFD	43	64,50 €
48	du 02/01/14 au 13/05/14	IFO-IFD	57	85,50 €
			TOTAL 9 = 1693,50 €	
10- Facturation Abusives d'IFDS				
31	du 02/01/14 au 26/04/14	IFS 1	50	200,00 €
37	06,08 et 10/01/14	IFS 1	3	12,00 €
39	du 04/01/14 au 01/05/14	IFS 1	43	172,00 €
				TOTAL 10 = 420,00 €

TOTAL GENERAL
1+2+3+4+5+6+7+8+9+10 =
13 479,31 euros

AMS = 2,15 € AMK/AMC = 2,15 € (au 01/07/12)
IFO/IFR/IFN/IFP/IFS = 4,00 € IFD = 2,50 €

13. En dernier lieu, à la date des soins ayant fait l’objet du contrôle, antérieure au 1^{er}

janvier 2017, le tiers payant ne pouvait être proposé qu'à des patients victimes d'accident du travail, des patientes relevant de l'assurance maternité, ou des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ou de l'aide médicale d'Etat. En facturant en tiers payant la quasi-totalité de ses actes, M. X. a fait une utilisation abusive de cette procédure.

14. Dans les circonstances de l'espèce il y a lieu de prononcer une sanction d'interdiction d'exercice de trois mois dont deux mois avec sursis à l'encontre de M. X.

DECIDE :

Article 1^{er} : Il est prononcé à l'encontre de M. X. une interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois assortie de deux mois avec sursis. La sanction d'interdiction de servir des prestations aux assurés sociaux prendra effet à l'expiration du délai d'appel de deux mois. Elle sera publiée pendant son exécution effective, dans les locaux administratifs ouverts au public des caisses de sécurité sociale du département du Rhône.

Article 2 : M. X. est condamné à reverser la somme de 13 479,31 euros (treize-mille-quatre-cent-soixante-dix-neuf euros et trente et un centimes) à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône au titre du trop-remboursé.

Article 3 : La présente décision sera notifiée, conformément aux dispositions de l'article R. 145-45 du code de la sécurité sociale :

- à M. X. ;
- au Service du contrôle médical ;
- au Directeur général de la CPAM du Rhône ;
- au Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes du Rhône ;
- au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ;
- au Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ;
- au ministre chargé de la sécurité sociale ;
- au ministre chargée de la santé ;
- au ministre chargé de l'agriculture.

Article 4 : Une copie de la présente décision sera notifiée au directeur général de la MSA de Rhône-Alpes.

Article 5 : Le délai pour faire appel de la présente décision est de deux mois à compter de la notification aux intéressés.

Ainsi fait et délibéré par Mme Wolf, présidente honoraire du corps des tribunaux administratifs et cours administratives d'appel, présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes, Docteur Véronique Blanc, Docteur Jean Michel Savarit, M. Thierry

Delapierre, M. Denis Gomichon, assesseurs de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes.

La présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance
du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Annick Wolf

Le secrétaire de la section des assurances sociales

Yoan Saunier

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.