

**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 8 novembre 2022

**REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Décision rendue publique le 17 novembre 2022
Affaire SAS n° 2021-02

Vu la procédure suivante :

Par une plainte, enregistrée le 12 juillet 2021, et 3 mémoires enregistrés les 22 février, 22 juillet et 19 octobre 2022, l'échelon local du service médical de l'Isère demande à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes :

1°) d'infliger à M. X., masseur-kinésithérapeute installé à (...), une ou plusieurs des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, en vertu des dispositions de l'article L. 145-5-1 de ce même code,

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

L'échelon local du service médical que :

- après avoir constaté des anomalies de facturation dans 60 dossiers de patients pour des actes de masso-kinésithérapie réalisés entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 mars 2019, il a constaté que M. X. a, dans l'exercice de sa profession, commis des infractions qui relèvent de la compétence de la présente section ;

- les griefs énoncés à l'encontre de M. X. sont :

- le non-respect de la NGAP sur la durée des soins,
- le non-respect de la NGAP sur les cotations,
- le non-respect de la NGAP sur la facturation du bilan diagnostic kinésithérapique,
- le défaut d'accord préalable pour rééducation soumise à référentiel,
- des doubles facturations,
- la facturation de séances ou d'actes non effectués,
- l'utilisation et la facturation de techniques non conformes aux données acquises de la science et/ou qui ne relèvent pas de techniques de kinésithérapie,
- la procédure a été régulière.

Par des mémoires enregistrés les 30 août 2021, 28 mars et 02 septembre 2022, la directrice de la CPAM de l'Isère, s'associe à la plainte du service médical de l'Isère, conclut aux mêmes fins que la plainte, par les mêmes moyens et demande, en outre le remboursement d'un indu de 18 841 euros.

Elle soutient que :

- les données du relevé individuel d'activité de M. X. ont révélé une activité très supérieure à la moyenne régionale : 80% des jours travaillés par M. X. comportent plus de 30 patients et près de 70% plus de 40 patients, alors qu'il travaille moins de jours que la moyenne de la profession ;
- les griefs énoncés à l'encontre de M. X. sont :
 - le non-respect de la NGAP sur la durée des soins,
 - le non-respect de la NGAP sur les cotations,
 - le non-respect de la NGAP sur la facturation du bilan diagnostic kinésithérapique,
 - le défaut d'accord préalable pour rééducation soumise à référentiel,
 - des doubles facturations,
 - la facturation de séances ou d'actes non effectués,
 - l'utilisation et la facturation de techniques non conformes aux données acquises de la science et/ou qui ne relèvent pas de techniques de kinésithérapie,
 - la procédure a été régulière ;
 - il n'est pas utile de procéder à une expertise ;
 - il n'y a pas de forclusion, sauf pour quelques actes des dossiers n°5, 23 et 50 pour un montant global de 97,96 euros.

Par 4 mémoires en défense enregistrés les 20 janvier, 09 juin, 29 septembre et 24 octobre 2022, M. X., représenté par Me Zerah, demande, à titre principal, le rejet de la plainte, à titre subsidiaire qu'il soit sursis à statuer dans l'attente de l'expertise à intervenir devant le tribunal judiciaire de Grenoble et, à titre infiniment subsidiaire, qu'un expert soit désigné sur le fondement de l'article R. 621-1 du code de justice administrative.

M. X. soutient que :

- l'échelon local du service médical a méconnu ses droits à défense : l'article 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme et des libertés fondamentale lui donne le droit à être informé de manière détaillée des griefs qui lui sont adressés et de disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense ; le grand nombre de documents qui lui a été adressé rendait sa défense impossible ;
- il n'a pas eu communication de l'ensemble des procès-verbaux des patients interrogés en amont de l'entretien contradictoire, en dépit de sa demande du 26 décembre 2020, en méconnaissance de l'article D. 315-2 du code de la sécurité sociale ;
- les principes du contradictoire s'appliquent dès la phase préparatoire de l'entretien contradictoire ;
- les faits fondant les griefs de fautes, abus ou fraude ne sont pas établis ;
- la NGAP impose une durée de soins « de l'ordre de 30mn » ;
- la preuve du non-respect de la NGAP exige une expertise ;
- la NGAP n'impose aucun formalisme, décrivant le BDK comme « le reflet des examens cliniques successifs » ; en outre, ce grief ne constitue pas un « abus d'honoraires » ;
- dès le commencement de la procédure concernant le défaut d'accord préalable, il a contacté le médecin conseil pour présenter des explications sur chaque dossier ;
- il a spontanément procédé le 29 décembre 2019 au remboursement de l'ensemble des soins facturés deux fois ;
- la facturation de séances ou d'actes non effectués résulte d'une erreur matérielle et n'est pas intentionnelle ; il accepte de rembourser l'indu correspondant ;
- les techniques NIROMATHE et l'emploi des ventouses sont validées par le conseil de l'ordre au titre du DPC ; il a associé cette technique à des massages, exercices, postures et même physiothérapie ;

- à la date de saisine de la section des assurances sociales, les faits antérieurs au 30 août 2018 étaient prescrits ; pourtant la plainte porte sur des faits commis entre le 1^{er} janvier 2018 et le 30 mars 2019 ;

- la CPAM n'a pas établi sa créance ni dans son principe, ni dans son montant.

Vu les pièces produites et jointes au dossier.

Par ordonnance en date du 9 octobre 2022, l'instruction a été réouverte et les parties n'ont pas été informées par la convocation à l'audience des dispositions de l'article R. 613-2 du code de justice administrative, relatives à la clôture automatique de l'instruction trois jours francs avant l'audience.

Toutefois, les parties informées, lors de l'audience, par la présidente de la section sociale de la chambre disciplinaire de la possibilité de présenter d'ultimes observations ont répondu qu'elles n'avaient rien à ajouter à leurs écritures. La présidente a donc prononcé la clôture de l'instruction à l'audience.

Vu :

- la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- 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. Gomichon,
- les observations de Mme le Dr 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 de l'Isère,
- et les observations de Me Zerah, 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 (...)* ».

2. Le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical a examiné l'activité de M. X., masseur-kinésithérapeute exerçant alors à (...), à partir de son relevé individuel d'activité et de prescriptions pour l'année 2018. Il a constaté que le régime général de l'assurance maladie avait remboursé 12 384 actes pour un référentiel régional à 3 730, le nombre d'actes par patient étant de 29,69 contre 19,67 en moyenne régionale. Le montant des remboursements atteint 174 378 euros pour un référentiel régional à 66 123 euros. A partir des données issues des bases ERASME sur la période du 1^{er} janvier 2018 au 30 mars 2018, le médecin conseil a observé que l'activité de M. X. comporte 40% d'actes avec balnéothérapie. Son coefficient moyen est à 9,1, sans facturation de déplacement. Près de 80% des jours travaillés comportent plus de 30 patients et près de 70% en comportent plus de 40. Sur la période M. X. a effectué 5 800 actes pour 93 jours travaillés, quand la moyenne régionale est de 4 040 actes pour 114 jours travaillés. M. X. a précisé en séance qu'il exerçait, en principe, 3 jours par semaine en qualité de masseur-kinésithérapeute les 2 autres jours étant consacrés à l'ostéopathie. Il a cédé les parts de son cabinet le 1^{er} octobre 2019, a travaillé ensuite, en qualité d'assistant, puis, né le 20 août 1957, a pris sa retraite à une date non précisée et s'est fait radier le 31 décembre 2021 du tableau de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes. Il n'en a pas encore informé l'URSSAF et continue à exercer en qualité d'ostéopathe.

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 médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes, des infirmiers et des pédicures-podologues et les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou centraux des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens 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 ».*

4. M. X. demande que la section des assurances sociales déclare prescrits les faits antérieurs au 12 juillet 2018, en ce qui concerne la plainte de l'échelon local du service médical, et les faits antérieurs au 30 août 2018, en ce qui concerne la plainte de la caisse d'assurance maladie.

5. Compte tenu de la saisine de la section des assurances sociales le 12 juillet 2021 par l'échelon local du service médical, qui a interrompu la forclusion, l'assurance maladie est seulement recevable à invoquer des griefs concernant des actes pour lesquels M. X. a émis une facture après le 12 juillet 2018.

Sur la demande de sursis à statuer :

6. La procédure prévue par les dispositions précitées de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale est indépendante de toute autre procédure, et notamment du contentieux qui peut être engagé par le professionnel devant le juge judiciaire en application de l'article L. 142-8 du même code pour contester le montant des indus mis en recouvrement par la caisse en conséquence de griefs par ailleurs soumis à la juridiction du contrôle technique. Il n'y a donc pas lieu pour la section des assurances sociales de surseoir à statuer dans l'attente d'une décision définitive du juge judiciaire sur l'indu notifié à M. X. par la caisse primaire d'assurance-maladie au titre des mêmes griefs.

Sur la régularité de la procédure :

7. En premier lieu, d'une part, aux termes de l'article 6 de la convention européenne des droits de l'homme : *« 1. Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle. 2. Toute personne accusée d'une infraction est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie. 3. Tout accusé a droit notamment à: a) être informé, dans le plus court délai, dans une langue qu'il comprend et d'une manière détaillée, de la nature et de la cause de l'accusation portée contre lui; b) disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense; c) se défendre lui-même ou avoir l'assistance d'un défenseur de son choix et, s'il n'a pas les moyens de rémunérer un défenseur, pouvoir être assisté gratuitement par un avocat d'office, lorsque les intérêts de la justice l'exigent; d) interroger ou faire interroger les témoins à charge et obtenir la convocation et l'interrogation des témoins à décharge dans les mêmes conditions que les témoins à charge... »*.

8. D'autre part, en application de l'article R. 315-1-2 du code de la sécurité sociale, à l'issue de l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé, 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. Aux termes de l'article D. 315-2 du code de la sécurité sociale : *« 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. ... »*.

9. M. X. soutient que la procédure de contrôle engagée par l'échelon local du contrôle médical, préalablement à la saisine de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire, a été menée en méconnaissance de ses droits à défense, car, d'une part, il n'a pas disposé du temps nécessaire pour examiner les 803 pages de preuve portées à sa connaissance et, d'autre part, les procès-verbaux des personnes interrogées ne lui ont pas été communiqués avant l'entretien contradictoire avec le médecin conseil, en méconnaissance de l'article D. 315-2 du code de la sécurité sociale.

10. Mais, d'une part, le contentieux du contrôle technique, se rattachant aux contestations sur des droits et obligations de caractère civil, n'entre dans pas le champ des prévisions du paragraphe 3 de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales lequel vise uniquement les droits de tout accusé, ce qui limite leur champ d'application à la matière pénale. Par suite, le moyen tiré de ce que la procédure de contrôle menée par le service médical de l'assurance maladie serait irrégulière doit être écarté.

11. D'autre part, M. X. a eu avant l'entretien du 4 février 2021 l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, notamment la liste des faits qui lui étaient reprochés et des patients concernés.

12. Enfin, et, en tout état de cause, M. X. a eu communication le 12 juillet 2021 par la section des assurances sociales de l'ensemble de la procédure et des pièces du service médical de l'assurance maladie, dont les procès-verbaux des témoignages des patients interrogés par le médecin conseil. Il a disposé depuis cette date et jusqu'à l'audience du temps et des facilités nécessaires à la

préparation de sa défense.

13. Il résulte de ce qui précède que M. X. n'est pas fondé à soutenir que la procédure de contrôle diligentée par l'assurance maladie aurait méconnu ses droits à défense et serait irrégulière.

Sur les griefs :

En ce qui concerne le grief relatif à la durée de soins :

14. En premier lieu, aux termes de l'introduction du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels (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...* ». Aux termes de l'article 1^{er} du chapitre 3 de ladite nomenclature « - *traitement de groupe* - : *Les 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 des séances est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure...* ». Aux termes de l'article 2 : « -*Traitements conduits en parallèle* - : *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.* »

15. Le médecin conseil a examiné les 57 dossiers soumis à la section des assurances sociales, correspondant à des patients pour lesquels des actes ont été facturés au seul régime général de sécurité sociale, lors de journées au cours desquelles M. X. a reçu, selon ses facturations, de 36 à 60 patients. Les attestations de patients produites par le service médical, dont il ne résulte pas de l'instruction qu'elles auraient été obtenues dans des conditions déloyales, établissent que M. X. prend en charge systématiquement plusieurs patients, non seulement lors de séances de balnéothérapie, mais aussi pour des séances « à sec » et qu'il ne consacre pas à chacun de ces patients un temps de l'ordre de trente minutes. Les attestations de trois patients, produites par M. X., ne remettent pas en cause le grief du temps consacré individuellement à chaque patient. M. X. allègue qu'il était présent au cabinet de 7 heures à 21 heures et qu'il n'interrompait jamais son activité professionnelle pendant ces 14 heures, ce qui lui permettrait de consacrer un temps « de l'ordre de 30 minutes » à chaque patient, ce que contredisent néanmoins les témoignages. Il soutient aussi de manière générale que la durée des soins était adaptée à l'état du patient, notamment les plus âgés, mais paradoxalement, il invoque le temps également passé par ces mêmes patients sur l'ensemble du plateau technique du cabinet. Devant la chambre disciplinaire, M. X. affirme que chaque patient restait sous la surveillance d'un masseur-kinésithérapeute, et que d'ailleurs le bassin de balnéothérapie était visible depuis la salle adjacente, à travers une grande baie vitrée. Mais la surveillance des patients liée à leur sécurité, ne répond pas à la définition du traitement au sens de la nomenclature générale des actes professionnels. Enfin, M. X. ne peut utilement invoquer la qualité du plateau technique du cabinet, qui ne dispense pas le professionnel de santé de se consacrer exclusivement à son patient pendant une durée de l'ordre de 30 minutes. Le grief tiré de l'insuffisance de la durée des soins est donc établi.

En ce qui concerne le grief tiré du caractère lacunaire des bilans-diagnostic kinésithérapiques :

16. La nomenclature générale des actes professionnels définit le contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique : a) Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte : l'évaluation

initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ; l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...). Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés. b. Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par : la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et/ou en groupe) ; la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ; les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ; les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ; les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...). Le bilan-diagnostic kinésithérapique est facturé à l'assurance maladie.

17. Le médecin conseil fait grief à M. X. d'établir des bilans diagnostic lacunaires, ne comportant pas les informations prévues par la nomenclature. Il vise les BDK établis dans les dossiers n°4, 5, 6, 9, 10, 11, 15, 16, 18, 22, 24, 26, 28, 33, 36, 42, 44, 46, 52, 53, 54, 57, 58 et 60. M. X. conteste ce grief en faisant valoir que la NGAP n'impose aucun formalisme et que les bilans qu'il a rédigés mentionnent les déficits structurels et fonctionnels des patients ainsi que leur traitement. Mais ainsi qu'il résulte des dispositions mentionnées au point précédent, le BDK ne se résume pas à ces mentions. Il résulte de l'instruction, notamment, que M. X. ne mentionne pas dans les BDK l'évaluation initiale des déficiences et incapacités fonctionnelles et les résultats obtenus en terme anatomique et fonctionnel au fil des séances. Par de tels BDK, M. X. n'a pas fourni aux médecins prescripteurs les éléments leur permettant de décider s'il y avait lieu d'arrêter ou d'adapter les soins dispensés. Le grief est donc établi.

En ce qui concerne la rémunération des bilans-diagnostic kinésithérapiques :

18. Le titre XIX, chapitre 1, section 2, paragraphe 3 de la nomenclature des actes professionnels prévoit la rémunération du bilan-diagnostic kinésithérapique pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 30^{ème} séance, puis de nouveau toutes les 20 séances réalisées pour traitement de rééducation et de réadaptation fonctionnelle figurant au chapitre II ou III. Toutefois, dans le cas de rééducation des conséquences des affections neurologiques et musculaires, en dehors des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires, le masseur-kinésithérapeute établit un bilan-diagnostic pour un nombre de séances compris entre 1 et 10, puis à la 60^e séance, puis de nouveau toutes les 50 séances.

19. Le médecin conseil fait grief à M. X. de facturer les BDK de façon prématurée, en méconnaissance des dispositions précitées, dans les dossiers n°3, 10, 12, 13, 19, 23, 32, 35, 47. Les pièces produites par le service médical pour chacun des dossiers établissent le bien-fondé du grief, sans qu'il soit besoin de procéder à une expertise.

En ce qui concerne le grief de non-respect de la nomenclature générale des actes professionnels :

20. Le médecin conseil fait grief à M. X., pour les dossiers 4, 10, 27, 28, 39, 50 et 52, de ne pas respecter la cotation des actes prévue par la nomenclature générale des actes professionnels.

21. En ce qui concerne les patients 4 et 52, la prescription par le médecin d'une rééducation du rachis et des membres inférieurs, pour l'un et du rachis et des épaules, pour l'autre, justifie la cotation AMS 9,5. Le caractère lacunaire du BDK ne suffit pas à établir que les patients n'auraient

pas bénéficié des soins prescrits. Le grief doit donc être écarté.

22. En revanche, le patient n°10 avait une prescription précise pour une rééducation en piscine du rachis lombaire en lordose corrigée. M. X. a modifié la prescription pour y ajouter la mention + « membres inférieurs ». Au surplus le BDK mentionne « pas de signe de sciatique, moteur RAS ». La facturation d'AMS 9,5 est donc irrégulière.

23. Pour le patient n°27, M. X. a seulement remis au médecin conseil une prescription du 9 février 2019, indiquant massage du rachis local à sec et en balnéothérapie. La cotation AMS 9,5 des actes n'est pas motivée par une pathologie du dos en l'absence de déficit des membres inférieurs ou supérieurs ou de pathologie identifiée des épaules. M. X. invoque une prescription du 18 septembre 2018 qui mentionnerait « rééducation du membre inférieur gauche et de la colonne lombaire » mais ne la produit pas. La facturation d'AMS 9,5 est donc irrégulière.

24. M. X. ne soulève pas de contestation pour les patients n°28, 39, 50, se bornant à demander la désignation d'un expert. Il ne résulte pas de l'instruction que le grief ne serait pas justifié dans ces dossiers.

En ce qui concerne le grief relatif à l'absence de demande d'accord préalable :

25. Le médecin conseil fait grief à M. X. de n'avoir pas demandé d'accord préalable pour poursuivre les soins pour les patients n° 3, 8, 10, 19, 32, 42, 52, 56 et 60, en méconnaissance des référentiels.

26. M. X. conteste seulement de manière argumentée la nécessité de cet accord pour les patients n°3, 10 et 56. Il demande la désignation d'un expert, pour tous les dossiers concernés.

27. En ce qui concerne le patient n°10, qui souffrait d'une entorse externe de la cheville, la circonstance que le médecin aurait prescrit des séances de kinésithérapie pour rééducation de la cheville, en urgence, ne dispensait pas M. X. de demander l'accord préalable du médecin conseil à partir de la 11^{ème} séance, ce qu'il n'a pas fait.

28. Dans le cas du dossier n°10, M. X. ne peut justifier l'absence de demande d'accord préalable à partir de la 16^{ème} séance de soins pour une patiente qui lui avait été adressée pour lombalgies communes, en se prévalant de ce qu'il s'est avéré postérieurement aux soins pratiqués sans cet accord que la patiente présentait une lombalgie compressive révélée par une IRM du 21 janvier 2021.

29. La patiente n°56 présentait une tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Pour cette pathologie l'accord préalable est requis à compter de la 26^{ème} séance. M. X. ne pouvait s'en dispenser au motif que la pathologie était d'origine professionnelle.

30. Les griefs sont donc établis dans tous les dossiers, sans qu'il soit besoin de recourir à une expertise.

En ce qui concerne le grief de double facturation et de facturation de séances non effectuées :

31. Il est fait grief à M. X. d'avoir facturé deux fois une séance dans les dossiers 2 à 9, 12,

14, 15, 16, 19, 21, 23, 25, 30, 31, 32, 34, 36, 39, 42, 45, 46, 47, 49, 56, 59 et 60 et d'avoir facturé des séances non effectuées dans les dossiers 8, 29, 31, 35, 44 et 49.

32. M. X. conteste, lors de l'audience, uniquement la facturation d'une séance non effectuée pour le patient n°49. Il affirme que l'acte visé avait été effectué la veille du jour mentionné dans la facturation. Toutefois, il ne l'établit pas.

33. M. X. soutient surtout que ces facturations indues résultent d'erreurs matérielles, voire de dysfonctionnements de son logiciel de facturation. Il conteste tout caractère intentionnel et fait valoir qu'il a proposé à l'assurance maladie de rembourser les facturations indues.

34. A l'audience, il ajoute que pour la période antérieure au contrôle, quand l'assurance maladie observait des erreurs de facturation, elle l'en informait et il remboursait les sommes indues. Il s'étonne que l'assurance maladie lui en face dorénavant grief. Toutefois, en admettant même que M. X. ne facture pas intentionnellement des séances non effectuées, il résulte de l'instruction que pour la période contrôlée ce nombre de séances est significatif, que M. X. n'ignore pas ce risque d'erreur. Pourtant, délibérément, il ne vérifie pas la facturation de ses actes et ne rembourse les indus que si l'assurance maladie les relève. Ces négligences sont fautives.

En ce qui concerne le grief de l'utilisation et de la facturation d'actes faisant appel à des techniques ne correspondant pas aux données actuelles de la science ou ne relevant pas de la kinésithérapie :

35. Aux termes de l'article R. 4321-80 du code de la santé publique : « *Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le masseur-kinésithérapeute s'engage personnellement à assurer au patient des soins consciencieux, attentifs et fondés sur les données actuelles de la science* ». Aux termes de l'article R. 4321-87 du même code : « *Le masseur-kinésithérapeute ne peut conseiller et proposer au patient ou à son entourage, comme étant salutaire ou sans danger, un produit ou un procédé, illusoire ou insuffisamment éprouvé. Toute pratique de charlatanisme est interdite* ».

36. Le médecin conseil fait grief à M. X. de faire usage de la méthode « Niromathé », d'utiliser les ventouses, de surcroît en laissant le patient seul, d'utiliser la matelas hydrojet, également en laissant le patient seul et de facturer ces séances à l'assurance maladie.

37. M. X. ne conteste pas faire usage de ces techniques et matériels. Il soutient que leur utilisation n'est pas contraire aux données actuelles de la science, et que certaines ont été pratiquées en plus d'une séance de soins conventionnels.

38. Contrairement à ce que soutient M. X., la méthode « Niromathé » n'est pas une méthode relevant de la masso-kinésithérapie. Par suite, et quand bien même, selon l'article R. 4321-59 du code de la santé publique, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés, M. X. ne devait pas facturer à l'assurance maladie des actes ne relevant pas de la pratique en masso-kinésithérapie, mais plutôt de l'ostéopathie, non prise en charge par l'assurance maladie.

39. Le matelas hydrojet, qui peut être utilisé en crénothérapie, donc dans un contexte différent de la masso-kinésithérapie, est, dans ce dernier contexte, un matériel dédié au bien-être et à la détente. Son utilisation ne peut donner lieu à facturation d'une séance à l'assurance maladie.

40. L'application de ventouses pour des soins de rééducation du rachis ou de traitement de

la douleur ne peut se prévaloir d'aucune reconnaissance scientifique. Eu égard aux contre-indications que présente l'utilisation de cette technique ainsi qu'aux risques de lésions, la technique de pose de ventouses ne saurait être assimilée à un massage ou à la mise en œuvre d'une technique de pressothérapie. Ces considérations ont d'ailleurs conduit le conseil national de l'ordre à interdire l'utilisation de cette technique par son avis en date du 18 mars 2021. La circonstance que cet avis soit intervenu à une date postérieure à celle des faits reprochés à M. X. ne saurait en outre, comme le soutient ce dernier, avoir pour effet de rendre licite l'utilisation de la pose de ventouses avant la date d'intervention de cet avis, dès lors que l'interdiction procède de l'interprétation de dispositions préexistantes du code de la santé publique. M. X. soutient, néanmoins, que par lettre du 21 septembre 2021, adressée à Eureduc, qui est un fabricant de matériel, le CNO a précisé que l'utilisation d'un moyen mécanique de dépression dans le seul but de pratiquer un massage de cicatrice ou d'adhérence ne constitue pas la ventousothérapie, visée par son avis du 18 mars 2021. Mais, d'une part, il résulte de l'instruction que le grief a été présenté par le contrôle médical pour les patients n°6, 10, 36, 46, 56 et 60, pour lesquels il n'est question ni de cicatrices ni d'adhérences. D'autre part, le contrôle médical mentionne dans sa plainte que M. X. n'est pas resté auprès du patient sur lequel il avait posé des ventouses, et n'a donc pu surveiller l'apparition de lésions de brûlure.

41. Le grief invoqué par le médecin conseil est donc établi, même si M. X. allègue que la méthode Niromathé et le matelas hydrojet ont été utilisées après des actes conventionnels de masso-kinésithérapie, qu'il pouvait facturer.

Sur la sanction :

42. 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... 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* ».

En ce qui concerne les griefs :

43. Les faits mentionnés aux points 14 à 41 du présent jugement, à l'exception du points 21 sont constitutifs de fautes, abus et fraude au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale, y compris lorsqu'il s'agit de négligences répétées. Dans les circonstances de l'espèce il y a lieu de prononcer une sanction d'interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux de douze mois dont six mois avec sursis à l'encontre de M. X. et d'assortir cette sanction de sa publication.

En ce qui concerne l'indu :

44. 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.

45. M. X. soutient que le tableau des indus produit par l'assurance maladie ne lui permet pas de savoir à quel grief correspondent les sommes mentionnées. Le tableau des indus mentionne le fondement juridique sur la base duquel il a été constaté. Le moyen manque en fait.

46. Pour le dossier n°6 et un acte du 16 janvier 2019, l'assurance maladie retient un indu de 16,13 euros motivé par la méconnaissance des articles R. 4321-80 et R. 4321-87 du code de la santé publique. Toutefois, M. X. a soutenu que l'utilisation des techniques visées aux points 38 et 40 de la présente décision est toujours intervenue en complément d'autres techniques, dont l'usage justifie à lui seul la facturation. Aussi dans les circonstances de l'espèce, la facturation de 16,13 euros ne peut être incluse dans l'indu global.

47. De l'indu réclamé par l'assurance maladie, il convient de retrancher également les sommes correspondant aux actes facturés avant le 12 juillet 2018, soit pour le dossier n°6 les actes effectués les 2 et 6 juillet 2018, payés le 10 juillet et facturés (2,84 euros + 9,68 euros) X 2, pour le dossier 23 les actes des 2, 4 et 6 juillet, payés le 10 juillet 2018 et facturés (20,43 euros + 4,73 euros) X 3, enfin pour le dossier n°50 les actes effectués les 2 et 6 juillet 2018, payés le 10 juillet 2018 et facturés (4,73 euros X 2) + 20,43 euros + 16,13 euros, soit un total 163,22 euros. Ainsi, il y a lieu de condamner M. X. à rembourser à l'assurance maladie une somme de 18 841 euros – 16,13 euros – 163,22 euros = 18 661,65 euros.

DECIDE :

Article 1^{er} : Il est prononcé à l'encontre de M. X. une interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux pendant une durée de douze mois, assortie de six mois avec sursis. La sanction d'interdiction de délivrer des soins 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 de l'Isère.

Article 2 : M. X. est condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère un trop-remboursé de 18 661,65 euros.

Article 3 : Le surplus de la plainte de l'échelon local du service médical de l'Isère et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère est rejeté.

Article 4 : 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,
- à la directrice de la CPAM de l'Isère,
- au Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Isère,
- 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,
- à la Ministre chargée de la santé,
- au Ministre chargé de l'agriculture.

Article 5 : Une copie de la présente décision sera notifiée au directeur général de la Mutualité sociale agricole de l'Isère.

Article 6 : 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, Mme le Docteur Véronique Blanc, M. le Docteur Jean Michel Savarit, M. Denis Gomichon et M. Thierry Delapierre, 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 commissaires 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.