

**CONSEIL REGIONAL DE L'ORDRE DES KINESITHERAPEUTES  
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
REGION DE BOURGOGNE – FRANCHE-COMTE**

Caisse primaire d'assurance maladie de Côte d'Or

c/

M. X.

Masseur-kinésithérapeute

Exerçant (...)

---

SÉANCE DU 17 décembre 2019

---

**LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES**

Composée de :

|                      |                                                                                                            |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M. Fabien PUGLIERINI | Premier conseiller au Tribunal administratif de Dijon, président                                           |
| M. Francis NARGAUD   | membre du Conseil Régional des Masseurs-kinésithérapeutes de Bourgogne Franche-Comté, membre titulaire SAS |
| M. Florent DELES     | membre du Conseil Régional des Masseurs-kinésithérapeutes de Bourgogne Franche-Comté, membre titulaire SAS |
| Dr Dominique SOYER   | Médecin-conseil chef DRSM région Nord-Est, membre titulaire SAS                                            |
| Dr Clément PONSEN    | Médecin-conseil MSA Sud-Champagne, membre suppléant SAS                                                    |

Vu la procédure suivante :

Par une plainte, enregistrée le 13 septembre 2019, et un mémoire complémentaire, enregistré le 10 décembre 2019, M. Y., directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Côte d'Or, conclut à dire et juger :

- que les faits reprochés à M. X. sont établis,
- qu'ils relèvent par leur nature de l'application de l'article R. 145-8 du code de la sécurité sociale,
- que ces agissements constituent des manquements à l'honneur professionnel et à la probité,

En conséquence :

- de prononcer à l'encontre de M. X. l'une des sanctions prévues à l'article R. 145-2 du code de la sécurité sociale proportionnée à la gravité des griefs relevés,
- de prononcer le remboursement, au bénéfice de la Caisse primaire d'assurance maladie, des sommes indument perçues par M. X., soit la somme de 177 373,38 euros (les 490,32 euros du dossier n° 29 ayant été retirés) et
- d'ordonner la publication de la décision à venir.

La CPAM soutient que :

- Dans le cadre d'un contrôle des facturations d'actes de kinésithérapie mené sur le département sur la période du 1<sup>er</sup> août 2015 au 30 juillet 2016, il est apparu que la situation de M. X. présentait un certain nombre d'atypies :
  - le montant total des soins qui lui ont été remboursés place ce masseur-kinésithérapeute en première place au niveau du département et en 3<sup>ème</sup> place au niveau de la région ;
  - une forte activité en coefficients d'actes (AMK et AMS) près de 4 fois le référentiel régional ;
  - un taux de patients bénéficiaires de la CMU important (11,41 % contre 3,74 % en région) ;
  - un taux de facturation en tiers payant (84,3 %) très supérieur à la moyenne (57,4 %) ;
  - un taux anormalement élevé de facturation en B2D (calculé sur le ratio nombre de factures B2D / nombre total factures) à hauteur de 77,5 %, alors qu'il n'est que de 14,2 % chez ses confrères de la même circonscription ;
  - un nombre maximum de séances par date de prescription de 158, pour une moyenne de 48 séances maximum ;
  - un nombre de jours de soins facturés annuellement par patient (169) est bien supérieur à celui de ses confrères (116) ;
  - la durée moyenne estimée d'une journée d'activité est de 11 h 55 (moyenne observée : 3 h 51).

Sur la période considérée M. X. bénéficie d'un montant moyen remboursé par jour de 551 euros, qui est plus de 3 fois supérieur à celui de ses confrères (166 euros).

La Caisse a procédé à un contrôle exhaustif des facturations de l'intéressé sur la période du 12 janvier 2015 au 31 mai 2017 qui a mis à jour un nombre important d'anomalies avec une incidence financière de 327 647,19 euros. Compte tenu de l'enjeu financier, la CPAM a adressé au Procureur de la République un signalement article 40 du code de procédure pénale, à la suite duquel des poursuites ont été ordonnées et une instance est actuellement pendante devant le Tribunal correctionnel de Dijon. Ces faits ont été signalés au conseil départemental de Côte d'Or de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes le 18 juillet 2018.

A la suite, il est apparu que M. X. n'avait pas modifié ses pratiques et la Caisse a donc procédé à un nouveau contrôle de facturation du professionnel de santé sur la période du 1<sup>er</sup> juin 2017 au 30 juin 2019.

Sur les 79 dossiers constituant la présente plainte tous comportent une ou plusieurs anomalies influant sur la facturation. Les anomalies suivantes, ainsi que leur incidence financière, sont reprochées à M. X. :

- Falsification par surcharge de prescriptions médicales (40 dossiers) 76 861,76 euros ;
- Soins non-prescrits au regard des dispositions de l'article 5 des dispositions générales de la NGAP (7 dossiers) 10 147,94 euros ;
- Non-respect de la prescription médicale (13 dossiers) 7 071,39 euros ;
- Soins au-delà de la validité de la prescription médicale (4 dossiers) 2 871,89 euros ;
- Non-respect des dispositions du chapitre 1, section 2, Titre XIV de la NGAP (39 dossiers) 79 318,25 euros ;

Par un mémoire en défense, enregistré le 13 novembre 2019, M. X., représenté par Me Geslain, conclut à titre principal à rejeter la demande de sanction présentée par la caisse primaire d'assurance maladie de Côte d'Or sur le fondement des dispositions des articles R. 145-8 et R. 145-2 du code de la sécurité sociale, à titre subsidiaire, à prononcer une sanction maximale d'interdiction temporaire de 6 mois, avec 3 mois de sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux, en tout état de cause, à rejeter la demande de remboursement présentée par la caisse primaire d'assurance maladie de Côte d'Or à hauteur de 177 516,39 euros, à défaut d'abus d'honoraires et à titre subsidiaire, à réduire la demande de remboursement présentée par la caisse primaire d'assurance maladie de Côte d'Or à de plus justes proportions et limitée à la somme de 41 488,31 euros.

Il soutient que :

- il convient de reprendre dossier par dossier les faits reprochés à M. X. en se rapportant à la chronologie choisie par la CPAM dans son mémoire introductif d'instance ;

- en ce qui concerne les falsifications par surcharge d'une prescription médicale : M. X. ne conteste pas l'intégralité des faits qui lui sont reprochés, il entend préciser que ces « errements administratifs » n'ont pas été faits au détriment de la qualité des soins, dès lors que ce praticien a toujours réalisé les séances facturées à la CPAM dans la mesure où l'état de santé des patients le justifiait ; par conséquent, la demande de condamnation à hauteur de 76 861,76 euros sera revue à de plus justes proportions et limitée à la somme maximale de 40 200,48 euros ;

- en ce qui concerne les soins non prescrits : les demandes de remboursement de la CPAM seront limitées à la somme de 265,59 euros ;

- en ce qui concerne le non-respect de la prescription médicale : le préjudice financier de la CPAM sur la base de ce grief n'est pas supérieur à la somme de 1 022,24 euros ;

- en ce qui concerne les soins au-delà de la validité de la prescription médicale : le préjudice financier de la CPAM sur la base de ce grief n'est pas supérieur à la somme de 1 246,23 euros ;

- en ce qui concerne le respect des dispositions du chapitre 1<sup>er</sup>, Section 2 Titre 14 de la NGAP (Bilans diagnostiques kinésithérapiques) : M. X. a rédigé et tenu un bilan diagnostique kinésithérapique pour chacun de ses patients mais reconnaît ne pas envoyer systématiquement ce bilan aux médecins prescripteurs ; ainsi, ce défaut de transmission ne saurait être constitutif d'un abus d'honoraires au sens des dispositions de l'article L. 145-5-2 du code de la santé publique ; les demandes de remboursement de la CPAM à hauteur de 79 318,25 euros seront rejetées en l'absence d'abus d'honoraires.

- le simple fait, à le supposer établi, d'avoir méconnu les règles issues de la nomenclature générale des actes professionnels, ne constitue pas en soi un honoraire abusif ;

Vu :

- l'ensemble des pièces du dossier ;
- l'ordonnance en date du 16 décembre 2019, du Président de la Section des assurances sociales prononçant le huis clos, demandé par M. X. ;

Vu :

- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- le code de sécurité sociale ;
- le code de santé publique ;

Après avoir entendu, à l'audience à huis clos du 17 décembre 2019 :

- M. Nargaud en son rapport ;
- La caisse primaire d'assurance maladie de Côte d'Or, assisté de Me Blache ;
- M. X., assisté de Me Dandon, comparant en leurs observations et entendus en dernier.

**APRES EN AVOIR DELIBERE A CETTE MEME AUDIENCE,**

Considérant ce qui suit :

1. Considérant qu'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 (...) dites "section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance" et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes (...), dites "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" (...)* ». Aux termes de l'article L. 145-5-2 du même code : « *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. ». Aux termes de l'article R. 4126-30 du code de la santé publique : « (...) Si la décision ne précise pas de période d'exécution, la peine est exécutoire le lendemain du jour où elle devient définitive (...) ».*

#### Sur la procédure :

2. L'étude a porté sur la facturation des actes accomplis par M. X. et remboursés par la CPAM de Côte d'Or, au titre du seul régime général, sur la période du 1<sup>er</sup> juin 2017 au 30 juin 2019. L'étude est issue de l'analyse des bases de remboursements Assurance maladie, complétée chaque fois que de besoin par un examen des documents transmis par M. X. à l'appui des facturations. L'étude s'est concentrée sur 80 patients du professionnel de santé. S'agissant, d'un contrôle purement administratif, aucun des patients de M. X. n'a été convoqué ou entendu par les services de la Caisse. Par contre, celle-ci a été amenée à recueillir des témoignages de médecins prescripteurs. Pour chaque facturation examinée, la conformité de la prescription et le respect de son exécution au regard des référentiels réglementaires ont été vérifiés. A la suite de ce contrôle administratif, le nombre important d'anomalies détectées a conduit le directeur de la CPAM de Côte d'Or à saisir la Section des assurances sociales du conseil régional Bourgogne – Franche-Comté de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes, conformément aux dispositions des articles L. 145-5-1 et R. 145-6-1 du code de la sécurité sociale. Sur les 79 dossiers constituant la présente plainte tous selon la Caisse comportent une ou plusieurs anomalies influant sur la facturation.

#### Sur les griefs :

##### Les anomalies touchant la prescription médicale :

3. La CPAM fait valoir que concernant les masseurs-kinésithérapeutes, les règles d'exécution d'une prescription médicale, qui relève de la seule compétence d'un médecin, sont précisées à l'article R. 4321-5 du code de la santé publique et à l'article 5 des dispositions générales de la NGAP. Aux termes de l'article 5 c) 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 ».

*En ce qui concerne la falsification par surcharge d'une prescription médicale : 40 dossiers (n° 7-9-11-12-14-17-18-19-23-24-25-27-29-30-31-35-36-37-40-41-42-44-49-51-54-55-56-58-60-61-62-63-66-70-71-72-73-74-76 et 77) :*

4. Aux termes de l'article R. 4321-77 du code de la santé publique applicable aux masseurs-kinésithérapeutes : « *Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément, sont interdits.* ». Aux termes de l'article R. 4321-79 du même code : « *Le masseur-kinésithérapeute s'abstient, même en dehors de l'exercice de sa profession, de tout acte de nature à déconsidérer celle-ci.* ».

5. La CPAM soutient que cette anomalie a été établie chaque fois après interrogation du médecin prescripteur et est à l'origine de la prise en charge de soins qui n'avaient pas été prescrits. Dossier n° 7 : une surcharge ayant été détectée sur le nom du patient, le prescripteur a été interrogé et confirme ne pas être l'auteur de cette modification de la prescription datée du 29 septembre 2017, les 70 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Par ailleurs, il a aussi attesté ne pas être l'auteur de la rature figurant sur la prescription du 28 mars 2018, soit un indu de 79 séances. Dossier n° 9 : le prescripteur a reconnu ne pas être l'auteur des modifications apportées à sa prescription initialement établie le 29 janvier 2014 et modifiée successivement les 29 juillet 2016 puis 29 juillet 2017, 183 séances n'auraient pas dû être facturées à l'Assurance maladie. Dossier n° 11 : une prescription datée du 3 octobre 2016 a été modifiée (3 août 2017) et a permis la facturation de 157 séances de soins. M. X. a également utilisé une prescription du 28 mars 2018 concernant une autre patiente pour facturer 18 séances non prescrites selon l'attestation même du prescripteur. Dossier n° 12 : plusieurs anomalies ont été identifiées par la Caisse. Après interrogation du prescripteur, il apparaît que deux traitements n'étaient pas dus, ayant donné lieu à 68 puis 20 séances. Dossier n° 14 : le prescripteur confirme que les 2 prescriptions ayant donné lieu à la facturation de 219 séances étaient de purs montages dont il n'était pas l'auteur. Dossier n° 17 : falsification au niveau de la date, les 29 séances facturées n'étaient pas dues par la Caisse. Dossier n° 18 : le prescripteur confirme ne pas avoir prescrit de soins à la date du 28 août 2018, les 53 séances n'auraient pas dû être facturées par M. X. Dossier n° 19 : le montage de prescription a été confirmé par le Dr C, les 13 séances ne devaient pas être prises en charge au titre de cette prescription, soi-disant datée du 2 décembre 2016. Dossier n° 23 : le prescripteur indique qu'il n'est pas l'auteur de la modification de la date de l'ordonnance et que le traitement réalisé entre le 2 mai et le 3 juin 2017 puis entre le 2 janvier et le 16 mars 2018 n'avait jamais été ordonné, les 57 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 24 : deux prescriptions médicales sont en cause, le médecin interrogé confirme une nouvelle fois qu'il s'agit de montage, les 241 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 25 : le médecin a précisé que 15 séances étaient nécessaires et non pas 171 comme facturées. Dossier n° 27 : le prescripteur interrogé a précisé que le traitement initialement prescrit portait sur 8 séances et non pas 45 comme figurant sur le document transmis par M. X. à l'appui de sa facturation. Dossier n° 29 : après questionnement du prescripteur, les soins dispensés du 20 mai 2017 au 15 juin 2018 (213 séances) n'étaient pas dus par la Caisse. Dossier n° 30 : le prescripteur ayant confirmé ne pas être l'auteur de la surcharge sur la date du 24 janvier 2017, 127 séances réalisées au domicile du patient n'auraient pas dû faire l'objet d'une facturation à la CPAM. Dossier n° 31 : une nouvelle surcharge sur la date (24 décembre 2016) confirmée par le prescripteur, aucune des 60 séances facturées n'était due. Dossier n° 35 : les 150 séances facturées, n'étaient pas dues comme l'a confirmé le prescripteur. Dossier n° 36 : deux prescriptions présentaient des ratures sur la date, le médecin a attesté ne pas être l'auteur de ces anomalies concernant 75 séances. Dossier n° 37 : après interrogation du praticien, 19 séances n'auraient pas dû être remboursées à M. X. Dossier n° 40 : sur la prescription médicale du 27 novembre 2017, le nombre de séances a été occulté, 105 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 41 : après attestation du prescripteur, 169 séances n'auraient pas dû être remboursées à M. X. Dossier n° 42 : la même prescription du Dr C a servi par deux fois pour légitimer la facturation d'un traitement de 201 séances après correction sur la date et le nombre, alors que seules

15 séances étaient justifiées selon le Dr C, 186 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 44 : la prescription du 23 décembre 2017 a été modifiée, le traitement a donné lieu à la facturation de 63 séances, alors que le médecin avait limité sa prescription à 10 séances. Dossier n° 49 : les surcharges sur la prescription du Dr B (date et quantité) ont été soumises pour authentification à son auteur, lequel précise que seules 15 séances étaient justifiées et non 33 comme facturées à la Caisse, 18 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 51 : les dates de prescriptions et le nombre de séances comportent des ratures non justifiées par le prescripteur, la Caisse conteste le remboursement de 104 séances à M. X. Dossier n° 54 : la prescription soumise au Dr Z, et qui a motivé les soins du 4 avril 2017 au 23 mars 2018, est en réalité la reprise d'une prescription originale du 23 mai 2016. Les soins facturés comme ayant été exécutés entre le 26 mai 2017 et le 23 mars 2018 ne sont donc couverts par aucune prescription médicale valide, 150 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 55 : le prescripteur ne justifie ni la rature sur la date, ni l'absence de quantité de la prescription transmise par M. X. à l'appui de sa facturation, 117 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 56 : deux prescriptions transmises par M. X. comportent des surcharges sur la date, après attestation du prescripteur, 254 séances n'étaient pas justifiées par ces prescriptions modifiées. Dossier n° 58 : le médecin a précisé qu'il avait prescrit 10 séances et non pas 20, comme facturées par M. X. Dossier n° 60 : les corrections apportées sur la date et la quantité de soins d'une même prescription initialement du 27 octobre 2017 ont permis son utilisation par deux fois (2 octobre et 2 décembre 2017) et ont conduit à la facturation à tort de 53 séances de soins. Dossier n° 61 : une même prescription datée successivement des 24 avril, 24 mai et 24 juin 2017 est à l'origine de la facturation abusive de 42 séances par M. X. Dossier n° 62 : là encore, une même prescription a été utilisée 3 fois, la Caisse retient donc comme non dues 170 séances facturées du 17 mai 2017 au 28 février 2018. Dossier n° 63 : le Dr C confirme le montage de deux prescriptions concernant une patiente qu'il « n'a jamais vue », la Caisse a pris en charge, à tort, 113 séances de soins. Dossier n° 66 : selon l'attestation du Dr L, sa prescription du 28 février 2017 faisait en réalité mention de 8 séances alors que 129 séances étaient facturées ; la prescription du 18 octobre 2017 précisait 12 séances, alors que M. X. en a facturé 59, soit au total 168 séances qui n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 70 : la durée du traitement de la prescription du 21 novembre 2017 a été effacée, le Dr H confirme une durée de 3 mois, ne légitimant pas la facturation de 17 séances au-delà de ce délai. Dossier n° 71 : la suppression des dates de prescription et nombre de séances ont conduit à la facturation abusive de 64 séances de soins sur la période du 4 avril au 1<sup>er</sup> décembre 2017. Dossier n° 72 : M. X. a joint à ses facturations, d'actes dispensés du 11 avril 2017 au 29 mars 2018, deux prescriptions du Dr P. comportant des dates où celui-ci avait cessé son activité, 93 séances n'auraient pas dû être prises en charge. Dossier n° 73 : la quantité de traitement a été supprimée sur la prescription datée du 26 septembre 2019 et a ainsi donné lieu à la facturation à tort de 64 séances de soins au lieu de 12 séances seulement ; la prescription du 26 septembre 2017 (reprise de celle du 26 septembre 2016) comporte une surcharge sur la date qui ne saurait justifier les 64 séances facturées à tort. Dossier n° 74 : les surcharges portées sur les dates de prescription et nombre de séances, non reconnues par l'auteur de l'ordonnance, ont permis à M. X. la facturation indue de 30 séances de soins. Dossier n° 76 : la prescription du 6 juin 2018 comportant une rature au niveau de la date est à l'origine de 5 séances non-prescrites. Dossier n° 77 : une surcharge sur la date de prescription du Dr V est à l'origine de la facturation de 82 séances de traitement, 57 séances n'auraient pas dû être prises en charge.

6. M. X. fait valoir pour le dossier n° 7, qu'il s'en rapporte sur l'indu de l'ordonnance du 29 septembre 2017 ; s'agissant de l'ordonnance du 28 mars 2018, le mot raturé est le même que celui inscrit sous la rature. Dossier n° 9 : aucune falsification n'est démontrée. Dossier n° 11 : l'ordonnance du 3 octobre 2016 était valable un an et ne prévoyait pas de nombres de séances, il s'en rapporte sur les demandes de la CPAM. Dossier n° 12 : il verse aux débats les originaux des prescriptions médicales du Dr BT. des 15 mars et 6 avril 2017 lesquelles prescrivaient 20 et 60 séances. Dossier n°

14 : les séances de kinésithérapie réalisées par M. X. sur son fils, l'ont été sur des prescriptions médicales des Drs R. et S. et non par le Dr T. comme précisé par la CPAM. Dossier n° 17 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossier n° 18 : il verse aux débats l'ensemble des prescriptions originales du Dr T. ayant conduit à la réalisation d'actes de kinésithérapie sur V., justifiant du bienfondé et de la réalité des séances effectuées, l'indu sera limité à la somme de 843,53 euros. Dossier n° 19 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossiers n° 23 et 24 : il s'en rapporte sur la réclamation de l'indu par la CPAM. Dossier n° 25 : patiente suivie au long cours par de nombreuses prescriptions médicales de divers médecins. Dossier n° 27 : la prescription du Dr M. du 18 août 2016 mentionne 28 séances et non 45 telles qu'alléguée par la CPAM, l'indu s'élève à la somme maximale de 245,20 euros soit 20 séances. Dossier n° 29 : il a réalisé l'ensemble des séances de kinésithérapie ayant fait l'objet d'une facturation à la CPAM. Dossier n° 30 : Le Dr N. reconnaît avoir réalisé une ordonnance le 24 décembre 2016 pour 30 séances qui ne pourront faire l'objet d'un remboursement à la CPAM. Dossier n° 31 : les prescriptions des 24 août et 24 décembre 2016 ne comportent pas les mêmes indications, la falsification alléguée n'est donc pas démontrée. Dossiers n° 35 et 36 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossier n° 37 : l'ordonnance du 1<sup>er</sup> juillet 2017 présente au dossier ne correspond pas à celle versée aux débats par la CPAM, il n'est donc pas démontré que cette ordonnance serait falsifiée. Dossier n° 40 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossier n° 41 : le Dr G. établit régulièrement des prescriptions médicales, ne précisant pas le nombre de séances mais uniquement leur fréquence. Dossiers n° 42, 44, 49 et 51 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossier n° 54 : le Dr O. indique que 15 séances étaient nécessaires pour la rééducation du genou de la patiente, de sorte que le remboursement de l'indu ne pourra dépasser 135 séances, soit un indu de 2 758,05 euros. Dossier n° 55 : le Dr H. indique être l'auteur de la prescription, laquelle comportait 10 séances de rééducation, la CPAM n'est donc fondée à réclamer que 107 séances sur les 117 réalisées, pour un montant de 2 186,01 euros. Dossier n° 56 : l'ordonnance du 17 novembre 2016 du Dr I. n'a pas été transmise à la CPAM car la patiente ne l'a pas remise immédiatement à M. X. Dossier n° 58 : 18 séances ont été prescrites par le Dr J. à cette patiente par prescription des 21 juillet puis 21 août 2017, de sorte que seules deux séances peuvent être réclamées par la CPAM, à hauteur de 40,86 euros. Dossier n° 60 : l'état de santé de la patiente justifiait de la kinésithérapie en continu. Dossier n° 61 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossier n° 62 : cette patiente était également suivie par le Dr K., lequel a également prescrit des séances par kinésithérapeute durant la période litigieuse. Dossier n° 63 : l'ensemble des séances réalisées étaient médicalement justifiées. Dossier n° 66 : l'ensemble des prescriptions médicales du Dr L. ne comportait pas de nombre de séances, de sorte que M. X. a réalisé le nombre de séances justifiées par l'état de santé de la patiente. Dossier n° 70 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossier n° 71 : la CPAM valide la réalisation de 40 séances de rééducation à la suite de ce type d'opérations, il s'en rapporte sur le reversement de l'indu sollicité, et demande que celui-ci soit limité à 14 séances, soit 135,52 euros. Dossier n° 72 : il s'en rapporte sur cet indu mais confirme avoir effectué toutes les séances facturées. Dossiers n° 73 et 74 : il s'en rapporte sur la demande de remboursement de la CPAM. Dossier n° 76 : le Dr C. a en réalité réalisé deux prescriptions de kinésithérapie le 16 mai 2018, une pour de la kinésithérapie du pied et l'autre pour le rachis lombaire. Dossier n° 77 : il produit l'ordonnance du 29 mars 2017, ayant conduit à la réalisation des 57 séances entre le 29 mai et le 23 septembre 2017 ; cette patiente disposait en outre d'une prescription médicale du 27 mars 2017 du Dr M. pour 12 séances de rééducation de l'épaule gauche et d'une ordonnance du 18 novembre 2016 du Dr D.

7. La CPAM relève que M. X. ne conteste pas sérieusement les griefs qui lui sont reprochés dans les dossiers n° 7, 11, 12, 17, 18, 19, 23, 24, 25, 27, 29, 30, 35, 36, 40, 42, 44, 49, 51, 54, 55, 58, 60, 61, 63, 66, 70, 71, 72, 73, 74, admettant ainsi la créance de la CPAM à hauteur de 41 488,31 euros selon un décompte dont il n'est pas justifié. Pour le dossier n° 7 : sur la prescription médicale du 28

mars 2018, la CPAM confirme que sa suspicion porte sur un mot raturé « nombre » qui après interrogation du prescripteur, confirme qu'il n'est pas l'auteur de la rature et précise que cette prescription valait pour un traitement de 8 à 24 séances ; en conséquence, la CPAM a accepté la prise en charge de 24 séances et a retenu en indu le surplus, soit 103 séances (1 274,27 euros). Dossier n° 9 : M. X. fournit deux nouvelles ordonnances, jamais transmises à la CPAM à ce jour. Dossier n° 12 : le médecin a précisé de la nécessité de seulement 10 à 20 séances, la CPAM a donc chiffré son préjudice sur la base des 66 excédentaires. Dossier n° 14 : prescriptions tardives de M. X. Dossier n° 18 : encore une fois, les pièces jointes aux conclusions de M. X. n'ont jamais été adressées à la CPAM préalablement. Dossier n° 25 : le prescripteur interrogé avait pu utilement expliquer qu'il avait ordonné 15 séances ; en réponse, M. X. fournit trois prescriptions du même médecin pour justifier des traitements passés ; toutes les prescriptions du Dr E. comportent bien un nombre de séances (15). Dossier n° 29 : la CPAM admet que c'est à tort qu'elle a retenu en anomalie des soins dispensés entre le 20 et le 31 mai 2017, alors que son contrôle a porté sur les facturations de M. X. à compter du 1<sup>er</sup> juin 2017 ; l'indu est revu pour un montant de 490,32 euros, le surplus n'est pas contesté. Dossier n° 30 : il s'agit de redire à M. X. que le litige porte sur les soins en rapport avec la prescription du 24 janvier 2017 et non celle du 24 décembre 2016. Dossier n° 31 : la prescription alléguée au 24 décembre 2016 est la copie exacte de la prescription du 24 août 2016, pour laquelle déjà la CPAM avait pu établir qu'il s'agissait en réalité d'une prescription datée du 24 mars 2016 (dossier plainte pénale) ; le document produit en pièce n° 31, comme daté du 27 février 2016, est la reprise d'une prescription datée en réalité du 27 février 2018, dont la date a encore une fois été modifiée (pièce n°12), enfin, le 27 février 2018 était un samedi et le Dr F. ne consulte pas le samedi. Dossier n° 37 : la CPAM reprecise à M. X. que le grief porte sur les soins facturés en rapport avec la prescription du 1<sup>er</sup> juillet 2016 et non du 1<sup>er</sup> juillet 2017. Dossier n° 41 : dans ce dossier, la CPAM reproche à M. X. d'avoir modifié la prescription du Dr G. datée du 23 juillet 2015 en 28 juillet 2017 pour facturer 52 séances de soins. Dossier n° 51 : la discussion porte sur les soins en rapport avec une prescription du Dr Z., que M. X. a considéré qu'elle avait été établie le 4 octobre 2017 et dont le nombre de séances a été effacé, bien que ce médecin inscrive systématiquement le nombre de séances, comme elle a pu en attester ; selon l'enquête menée par la CPAM cette prescription est la reprise de celle du 23 mai 2016 ordonnant 15 séances de traitement ; au total, et dans la seule période contrôlée, M. X. a facturé 150 séances toutes retenues en anomalies par la CPAM du fait de la manœuvre employée. Dossier n° 55 : la CPAM admet que le Dr H. a attesté être l'auteur de la prescription datée du 29 septembre 2017 pour 10 séances de soins, mais selon cette même attestation, il précise ne pas être l'auteur de la surcharge sur la date de la prescription du 29 septembre 2017 devenue 27 octobre 2017, ni du nombre de séances effacé et qui donnera lieu à la facturation 117 séances de la part de M. X., la CPAM réclame donc ces 117 séances. Dossier n° 56 : le traitement en cause (107 séances sur la période contrôlée) a été facturé sur la base d'une prescription du Dr ER. qui a attesté être l'auteur de cette prescription mais, établie à une date différente. Dossier n° 58 : M. X. joint deux nouvelles prescriptions du Dr J., datées des 21 juillet 2017 et 21 août 2017, qui n'ont jamais été transmises à la CPAM notamment la prescription datée du 21 juillet 2017 qui désormais ordonne un traitement de rééducation du genou gauche, alors que celle en possession de la CPAM, datée du 21 juillet 2017 transmise par M. X., concernait le coude gauche. Dossier n° 62 : les prescriptions, qui ont donné lieu à la facturation de 170 séances de soins du 17 mai 2017 au 28 février 2018, sont des reproductions de la prescription médicale du 18 octobre 2016, dupliquée 3 fois. Dossier n° 63 : l'anomalie porte sur des traitements qui auraient été prescrits par les Drs T. et R. et exécutés du 21 avril 2017 au 25 juillet 2018, soit 145 séances ; sur interrogation de la CPAM, le Dr T. a attesté ne jamais avoir vu cette patiente aux dates des 14 juin 2016 et 14 juin 2017 ; le Dr R. a précisé ne pas être à l'origine des séances facturées par M. X. pour le compte de cette patiente. Dossier n° 66 : contrairement aux affirmations de M. X., les prescriptions originales du Dr L. comportaient toutes un nombre de séances et justifiaient la facturation de 20 (8+12) séances de soins et non pas 235 (176+59), comme facturées par l'intéressé. Dossier n° 71 : la CPAM reproche à M. X. d'avoir falsifié la prescription du Dr B.

datée du 30 novembre 2016, laquelle avait donné lieu à la facturation et au remboursement, en son temps, de 75 séances de soins ; la date de cette prescription du 30 novembre 2016 a été modifiée en 2 mars 2017, puis 2 août 2017, à l'origine de la facturation de 164 séances de soins supplémentaires. Dossier n° 76 : la CPAM réitère qu'elle a retenu en anomalie les soins facturés en rapport avec une prescription du 6 juin 2016, non du 16 mai 2018. Dossier n° 77 : le grief retenu par la CPAM porte sur les soins réalisés entre le 3 avril et le 23 septembre 2017 du fait de la falsification de la prescription médicale au niveau de la date ; la prescription médicale du 29 mars 2017 (falsifiée au niveau de la date) doit donc être écartée dans ce dossier, d'autant que, cette prescription, originellement datée du 18 novembre 2016 a fait l'objet de remboursement par la CPAM de séances de soins exécutées par le masseur-kinésithérapeute A., collaborateur de M. X., le 6 décembre 2016.

8. Il résulte de tout ce qui précède, que les manquements constatés et retenus au point précédent par la CPAM sont établis en ce que M. X. a, régulièrement et outrancièrement, modifié ou raturé des ordonnances médicales dans le but d'obtenir des remboursements de soins illicites méconnaissant ainsi gravement les dispositions indiquées aux points 3 et 4.

*En ce qui concerne les soins non-prescrits 6 dossiers (n° 2-6-47-65-73-75) :*

9. En application des dispositions de l'article 5 c) des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels, une prescription médicale a priori est exigée pour que les soins de kinésithérapie soient pris en charge par l'Assurance maladie et cette carence ne peut être couverte par une quelconque prescription régularisatrice.

10. La CPAM indique que cette prescription était manquante dans ces 6 dossiers, n° 2 : ordonnance du 2 mai 2017 ; n° 6 : ordonnance concernant un autre patient ; n° 47 : prescription de radiothérapie ; n° 65 et 70 : ordonnances concernant un autre patient ; n° 73 : absence de prescription ; n° 75 : prescription de 30 novembre 2017 ; concernant le dossier n° 65, la Caisse indique que la prescription du Dr B. n'étant pas datée, ce médecin a été interrogé, il a indiqué qu'il fallait retenir comme date de prescription le 20 décembre 2016, date de démarrage d'un traitement de 20 séances, alors que M. X. en a facturé 30 pour des soins du 1<sup>er</sup> mars au 15 mai 2017 et 11 séances du 24 mai au 29 juin 2017.

11. M. X., fait valoir pour le dossier n° 2 que deux ordonnances du 8 août 2017, prescrivaient des séances de rééducation cardiaque à raison de deux par semaine pendant un an, ayant conduit à la facturation des soins contestés. Pour le dossier n° 6, il fait valoir qu'il a transmis par erreur une ordonnance du 4 mai 2017 concernant un autre patient et produit deux ordonnances des 16 mars et 15 mai 2017, prescrivant au total 40 séances de kinésithérapie, de sorte que les 32 séances réalisées entre le 9 mai et le 21 septembre 2017 l'ont bien été sur la base de prescriptions médicales et que le nombre de séances prescrit a été respecté. Pour le dossier n° 47, il fait valoir qu'il a transmis par erreur une ordonnance du Dr J. correspondant à une prescription de radiographie et produit plusieurs prescriptions médicales de kinésithérapie qui l'ont conduit à la réalisation de 75 séances entre le 30 janvier et le 31 juillet 2018. Pour le dossier n° 73, il fait valoir que ce patient était suivi pour des pathologies multiples, nécessitant le nombre de séance de kinésithérapie toutes prescrites par le Dr CO. de 2017 et 2019. Pour le dossier n° 75, il fait valoir que l'ordonnance comprend une erreur de date, a été réalisée le 30 novembre 2017, et prescrit des séances de rééducation sans nombre limité. Pour le dossier n° 65, il fait valoir qu'un protocole de soins a été réalisé à la suite de l'opération du

genou chez ce patient, prévoyant 40 séances à réaliser après l'intervention, ce qu'il a fait. Les demandes de remboursement de la CPAM seront donc limitées à la somme de 265,59 euros.

12. La CPAM soutient pour le dossier n° 2, que si M. X. joint deux prescriptions datées du 8 août 2017 établies par le Dr W., remplaçant du Dr PA., celle concernant les séances de drainage lymphatique, n'a jamais été transmise à la CPAM avant et l'autre prescription portant sur de la rééducation cardiaque a été utilisée par M. X. pour facturer 48 séances de soins exécutées entre le 3 mai et le 31 juillet 2018. Pour le dossier n° 6, les deux nouvelles prescriptions datées des 16 mars et 15 mai 2017 produites ne peuvent justifier les facturations reprochées du fait d'une transmission a posteriori de la réalisation des actes. Pour le dossier n° 47, M. X. produit désormais 8 prescriptions, dont 4 ont donné lieu à remboursement, sensées couvrir la période litigieuse ; les ordonnances du Dr J. des 30 août 2017, 7 novembre 2017 et 29 mai 2018, ainsi que celle du CHU du 7 mai 2018, qui justifieraient la réalisation de 72 séances de soins, n'ont jamais été transmises jusqu'alors par M. X. à la CPAM qui maintient le montant de son indu. Pour le dossier n° 73, M. X. s'en rapporte à la décision de la juridiction. Pour le dossier n° 75, M. X. invoque une erreur du prescripteur portant sur la date, mais ne rapporte la preuve de cette allégation.

13. Il résulte de l'instruction que les manquements constatés et précisés au point ci-avant par la CPAM doivent être tous tenus pour établis en ce que M. X. a méconnu les dispositions susmentionnées de l'article 5c de la NGAP.

*En ce qui concerne le non-respect de la prescription médicale : 13 dossiers (n° 2-5-12-18-21-30-34-36-50-51-53-58 et 60) :*

14. La CPAM soutient que pour le dossier n° 2 : la prescription médicale du 8 août 2017, fait état de la nécessité de 2 séances de traitement par semaine sur la période pendant 1 an, les séances ont été réalisées sur la période du 3 mai 2018 au 31 juillet 2018, et autorisait ainsi la facturation de 30 séances or, M. X. en a facturé 48. Dossier n° 5 : 20 séances ont été prescrites, M. X. en a facturé 30. Dossiers n° 12 : la prescription médicale du 6 avril 2017 ordonne « 2 séances par semaine pendant 6 mois », 34 séances devaient être ainsi réalisées et non pas 60 comme facturées par M. X. Dossier n° 18 : 12 séances de soins sont mentionnées sur la prescription du 28 février 2017 qui ne saurait justifier la facturation de 56 séances. Dossier n° 21 : le Dr M avait prescrit 10 séances de traitement à son patient le 5 mars 2018, cette prescription a donné lieu à la facturation de 15 séances de soins. Dossier n° 30 : le traitement prescrit le 5 septembre 2018 n'était pas quantitatif et le prescripteur n'a été destinataire d'aucun BDK, néanmoins, il a pu utilement justifier a posteriori « 2 séances par semaine pendant 3 mois » autorisant ainsi la facturation de 28 séances et non 69 comme facturées par M. X. Dossier n° 34 : la prescription du CHU datée du 23 juin 2017 mentionne « 3 séances par semaine », sur les 54 séances réalisées 10 l'ont été au-delà de la fréquence prescrite. Dossier n° 36 : 20 séances de soins ont été prescrites à ce patient le 5 février 2018, 24 ont été facturées au titre de cette même prescription. Dossier n° 50 : la prescription du 3 avril 2017 fait état de 2 à 3 séances par semaine pendant 6 mois, 73 séances ont été facturées au lieu des 56 séances admissibles. Dossier n° 51 : la prescription du 22 juin 2017 fait état de la nécessité de 15 séances de traitement et non 48 comme facturées par M. X. Dossier n° 53 : le Dr M. avait ordonné 40 séances de rééducation à son patient, M. X. en a facturé 181. Dossier n° 58 : 10 séances ont été prescrites par le Dr L. le 30 juin 2017, M. X. en a facturé le double. Dossier n° 60 : les prescriptions des 8 septembre et 27 octobre 2017 ordonnaient chacune 10 séances de traitement et non 20 comme facturées par M. X.

15. M. X. fait valoir que pour le dossier n° 2 : le Dr W. a réalisé deux ordonnances en date du 8 août 2017, l'une pour des massages lymphatiques et l'autre pour des séances de rééducation

cardiaque. Dossier n° 5 : la prescription du 9 octobre 2017 portait la mention de 20 séances, une nouvelle ordonnance a été émise par le Dr GA. le 10 janvier 2018 pour des massages et rééducation du rachis complet, sans précision du nombre de séances, de sorte que les soins réalisés à compter de cette date et jusqu'au 22 février 2018 ont pu l'être sur la base de cette ordonnance. Dossier n° 12 : la prescription du 6 avril 2017 ordonnait deux séances par semaine pendant 6 mois, soit 60 séances tel que facturé. Dossier n° 18 : l'ordonnance du 28 février 2017 a été suivie d'une seconde ordonnance du 15 mars 2017 pour 12 nouvelles séances, de sorte que seul le remboursement de 32 séances pourra être accordé à la CPAM, soit 653,76 euros. Dossier n° 21 : le Dr MO. a prescrit 10 séances de rééducation du genou le 5 mars 2018 et 10 séances de rééducation des deux pieds le 24 mars 2018, de sorte que les séances réalisées entre le 6 avril et 23 avril 2018 l'ont été sur la base de ces deux prescriptions médicales, qui ont été respectées. Dossier n° 30 : il ne peut lui être reproché le non-respect de la prescription médicale, alors que cette dernière ne contenait aucun nombre de séances ni aucune durée. Dossier n° 34 : ce patient s'est en réalité vu prescrire des séances de kinésithérapie par le CHU de (...) ainsi que par le Dr GI. pour 20 séances complémentaires, de sorte que les prescriptions médicales ont bien été respectées. Dossier n° 36 : le Dr B. reconnaît être l'auteur de la prescription du 5 février 2018 telle qu'elle est faite. Dossier n° 50 : la chronicité des soins nécessaire chez ce patient sur une période de 6 mois justifiait les séances effectuées. Dossier n° 51 : l'ordonnance du 20 septembre 2017 laissait à la libre appréciation du kinésithérapeute le nombre de séances de rééducation nécessaires. Dossier n° 53 : l'ordonnance du 3 juillet 2017 a été suivie par une ordonnance du 6 novembre 2017 prescrivant 60 séances de rééducation, ainsi que d'une ordonnance du 20 décembre 2017 prescrivant des exercices d'équilibre. Dossier n° 58 : c'est par erreur qu'il a facturé 10 séances de rééducation sur la base de l'ordonnance du 30 juin 2017, alors qu'il disposait en réalité d'une nouvelle ordonnance du 21 août 2017 prescrivant 10 autres séances. Dossier n° 60 : le Dr PN. a bien prescrit les 20 séances complémentaires facturées par M. X., par ordonnances des 18 août et 8 décembre 2017, qu'il a omis de transmettre à la CPAM.

16. La CPAM répond que pour le Dossier n° 2 : contrairement à ce qui est allégué, M. X. n'a pas respecté la prescription relative à la rééducation cardiaque, qui ressortit à la NGAP sous la cotation à AMK 8, à raison de 2 séances par semaine puisqu'il en a facturé 3 voire 4 séances par semaine ; l'argument tenant à la facturation d'un traitement parallèle concernant des séances de drainage lymphatique doit être écarté, puisque ce traitement est affecté d'un coefficient 6 à la NGAP. Dossier n° 5 : Pour justifier de ce surplus de 10 séances, M. X. excipe d'une prescription du même Dr GA. datée du 10 janvier 2018, et qui pour sa part a fait l'objet du remboursement de 20 séances réalisées du 21 mars au 21 juin 2018 ; le Dr GA. précise toujours le nombre de séances à réaliser. Dossier n° 12 : le traitement prescrit le 6 avril 2017 par le Dr BT. portait précisément sur 2 séances de soins par semaine pendant 6 mois ; M. X. en a facturé entre 3 et 5 séances par semaine en méconnaissance de l'article 5 des dispositions générales de la NGAP. Dossier n° 18 : M. X. produit une prescription médicale datée du 15 mars 2017 du même médecin concernant 12 séances de soins ; ce document, encore une fois n'a jamais été transmis à la CPAM préalablement et cette prescription a été exécutée par un autre masseur-kinésithérapeute que M. X. (cabinet (...)) et a fait l'objet d'un remboursement de la CPAM le 19 mai 2017. Dossier n° 21 : selon M. X., les 5 séances supplémentaires seraient couvertes par une prescription du même médecin du 24 mars 2018 (10 séances), sauf que cette prescription ayant abouti à la facturation de 10 séances (entre 25 avril et le 14 mai 2018) a donné lieu à remboursement le 17 mai suivant. Dossier n° 30 : la CPAM reproche à M. X. d'avoir facturé un nombre de séances (126) bien supérieur à ce qui était médicalement nécessaire selon le Dr BS. (2 séances par semaine pendant 3 mois, soit 28 séances). Dossier n° 34 : la prescription du 23 juin 2017 du CHU de (...) mentionnait un traitement de rééducation motrice à raison de 3 séances par semaine alors que M. X. a facturé entre 4 et 5 séances par semaine. Dossier n° 36 : la prescription du Dr B. mentionnait 20 séances de traitement alors que 24 séances ont été facturées et remboursées par la CPAM. Dossiers n° 50 et 51 : M. X. s'en rapporte à la décision de la

juridiction. Dossier n° 53 : pour justifier des 141 séances facturées à tort, M. X. produit encore une fois de nouvelles prescriptions du Dr MU. et du Dr GA. datées des 6 novembre et 20 décembre qui n'ont jamais été transmises à la CPAM. Dossier n° 58 : une nouvelle prescription médicale du Dr J. datée du 21 août 2017, transmise plus de deux ans après, ne saurait justifier les actes reprochés. Dossier n° 60 : les nouvelles prescriptions transmises et qui auraient été établies les 18 août et 8 décembre 2017 ne sauraient justifier les surfacturations relevées par la CPAM étant précisé que la prescription du 18 août 2017 a bien été transmise par M. X., accompagnée d'une facture de 10 nouvelles séances de soins.

17. Il résulte de ce qui précède, que les manquements constatés par la Caisse sont établis en ce que M. X. a méconnu les dispositions l'article 5 des dispositions générales de la NGAP qui n'autorise le remboursement des actes effectués personnellement par un auxiliaire médical que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative.

*En ce qui concerne les soins au-delà de la validité de la prescription médicale : 4 dossiers (n° 27-28-30 et 50) :*

18. La CPAM soutient que dans ces 4 dossiers les soins ont été facturés au-delà de la durée prescrite par le médecin. Dossier n° 27 : la prescription du 13 mars 2017 prévoyait 1 mois de traitement, renouvelable une fois, à raison de deux séances par semaine ; M. X. a facturé 78 séances entre le 8 août 2017 (date d'installation du traitement) et le 23 août 2018. Dossier n° 28 : la prescription du 10 mars 2017 ordonne 6 mois de traitement, alors que la Caisse a reçu une facturation portant sur 134 séances du 15 mars au 4 novembre 2017, soit 31 séances au-delà du 15 septembre 2017. Dossier n° 30 : le Dr B interrogé sur sa prescription a précisé qu'il avait prescrit un traitement de 2 séances par semaine pendant 3 mois, soit 28 séances de soins et non pas 126, comme facturées par M. X. Dossier n° 50 : la prescription du 3 avril 2017 précisait de « réaliser 2 à 3 séances pendant 6 mois », la Caisse a remboursé 103 séances au lieu des 73 séances réellement dues.

19. M. X. fait valoir que pour le dossier n° 27 : il ne semble pas que l'ordonnance du 13 mars 2017 soit limitée à un mois. Dossier n° 28 : il reconnaît l'indu à hauteur de 633,33 euros. Dossier n° 30 : la prescription originale ne contient pas de durée de validité et le praticien ne contredit pas ce point, précisant bien qu'il s'agissait de « deux séances hebdomadaires de rééducation à la marche ». Dossier n° 50 : il reconnaît l'indu à hauteur de 612,90 euros :

20. La CPAM répond que pour le Dossier n° 27 : la prescription du Dr VT. datée du 13 mars 2017 et transmise par M. X., a été soumise à authentification de son auteur du fait de doute portant sur le document qui a précisé qu'il avait prescrit deux séances de traitement par semaine pendant 2 mois. Dossier n° 30 : le Dr BS., a précisé que le traitement devait porter sur deux séances par semaine pendant 3 mois, les 57 séances facturées comme ayant été réalisées postérieurement au 26 février 2019 par M. X. ne pouvaient donc faire l'objet d'une prise en charge par la CPAM.

21. Il résulte de ce qui précède, que les manquements constatés par le SCM sont établis en ce que M. X. a facturé des soins au-delà de la prescription médicale

*En ce qui concerne les non-respects des dispositions du Chapitre 1<sup>er</sup>, section 2, Titre XIV de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (Bilan diagnostique Kinésithérapique) :*

22. Aux termes de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique : « *Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, à tous les âges de la vie. Le masseur-kinésithérapeute communique au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé de la personne et de son évolution. (...) Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic kinésithérapique et les objectifs de soins, ainsi que le choix des actes et des techniques qui lui paraissent les plus appropriés. (...) Ce bilan est tenu à la disposition du médecin prescripteur. (...) Le traitement mis en œuvre en fonction du bilan kinésithérapique est retracé dans une fiche de synthèse qui est tenue à la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, à l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur à dix. (...) Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsqu'apparaît une complication pendant le déroulement du traitement.* ».

23. La CPAM souligne que le texte en cause reprend celui de l'avenant 1 de la convention liant les masseurs kinésithérapeutes à l'Assurance maladie, signé le 17 décembre 2007, qui prévoit que dans le cadre des rééducations du titre XIV, le masseur-kinésithérapeute effectue un bilan-diagnostique-kinésithérapique (BDK). Celui-ci est un outil permettant de suivre la qualité des soins et d'assurer une coordination entre le médecin-prescripteur et le masseur-kinésithérapeute. Le masseur-kinésithérapeute communique autant que de besoin avec le médecin (article R. 4321-2 du code de la santé publique) notamment au travers de la fiche de synthèse du BDK qui est un extrait du BDK utilisé pour la coordination et adresse une fiche de synthèse du BDK au prescripteur : autant que de besoin en cas de nécessité de concertation, de fait nouveau, complication, nécessité d'une prolongation et obligatoirement au terme de tout traitement d'au moins 10 séances (article R. 4321-2 du code de la santé publique, avenant n° 1 à la Convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, titre XIV de la NGAP).

24. La CPAM constate que M. X. n'a pas satisfait à cette obligation réglementaire dans 38 dossiers : 1, 3, 4, 8, 10, 12, 13, 16, 20, 22, 25, 26, 30, 33, 36, 38, 39, 43, 45, 46, 48, 51, 52, 53, 57, 59, 60, 61, 64, 66, 67, 68, 69, 78, 79, 80, 81 et 82. M. X. ne pouvant se soustraire à cette obligation de transmission qui participe à la bonne qualité des soins. Ainsi, pour chacun des traitements en cause, la Caisse indique ne pouvoir accorder de prise en charge au-delà des 10 ou 20 premières séances facturées par M. X., selon la réglementation applicable à la date de réalisation des soins (la NGAP a été modifiée à effet au 1<sup>er</sup> juillet 2018).

25. M. X. fait valoir qu'il a rédigé et tenu un bilan diagnostique kinésithérapique pour chacun de ses patients mais reconnaît ne pas envoyer systématiquement ce bilan aux médecins prescripteurs, dès lors que ceux-ci n'en font pas la demande et qu'il n'existe pas pour l'heure de messagerie sécurisée ou de logiciel commun permettant aux kinésithérapeutes de transmettre ces informations de manière sécurisée aux médecins prescripteurs. Dans ces circonstances, selon lui, ce défaut de transmission ne saurait être constitutif d'un abus d'honoraires au sens des dispositions de l'article L. 145-5-2 du code de la santé publique, dès lors que les actes de rééducation facturés ont été accomplis et que le non-respect de cette formalité administrative ne saurait les faire regarder comme ayant été réalisés dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins.

26. La Caisse répond que les traitements facturés par M. X. portent sur un nombre de séances importants, voire très importants sans que les prescripteurs en aient été informés, leur faisant ainsi endosser la responsabilité de traitements dont ils n'avaient pas connaissance. Si ces bilans, qui concluent à chaque fois, malgré la pleine satisfaction des patients, à la non-atteinte des objectifs fixés, avaient été transmis aux prescripteurs, ils auraient pu légitimement s'interroger sur l'utilité de ces traitements, sur d'éventuelles contre-indications médicales à des traitements d'aussi long cours et sur l'éventualité d'une autre prise en charge. C'est l'intérêt de l'obligation d'établissement et de la transmission au prescripteur du BDK, de ne pas prendre en charge des soins inefficaces.

27. Il résulte de ce qui précède, que les manquements constatés par la CPAM sont établis sans que M. X. puisse expliquer cette négligence en ce qu'elle serait répandue dans sa profession ou qu'il ne disposerait pas de messagerie sécurisée. Un tel manquement a porté atteinte à la qualité des soins reçus par les patients en cause, dès lors qu'il n'a pas permis un suivi régulier de ceux-ci en liaison leur médecin prescripteur, et a fait obstacle à un contrôle régulier de ses actes par les services de l'assurance maladie. Il ne saurait être sérieusement contesté, que si une « fiche de synthèse » avait été produite et transmise telle que précisé aux points 22 et 23, elle aurait permis au médecin prescripteur d'être alerté sur la dérive de M. X. Il aurait ainsi pu mettre un terme à celle-ci afin d'éviter des séances longues et répétées pouvant générer d'éventuelles complications tendinites, lésions musculaires et observer la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins (article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale). De son côté, M. X. est également tenu d'effectuer ses actes en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions (article L. 162-12-8 du code de la sécurité sociale). Toutefois, ce grief avéré ne peut dans les circonstances être regardé comme une absence de soins. L'indu de 79 318,25 euros réclamé par la CPAM à ce titre sera donc écarté.

*En ce qui concerne le nombre de soins trop importants dans une même journée :*

28. LA CPAM soutient sans être contredite, qu'une étude constituant à la reconstitution de l'activité de M. X. au cours de la période de contrôle, qui porte sur les seuls assurés affiliés à la CPAM de la Côte d'Or, à l'exclusion des autres régimes et des sections locales ministérielles, fait apparaître que M. X. a travaillé 632 jours sur les 758 que compte la période, qu'il a ainsi dispensé des soins de façon continue à hauteur de plus de 6 jours par semaine, sans congés pendant ces 25 mois, qu'il a accompli 325 journées à plus de 15 heures d'activité, dont 270 journées à plus de 20 heures, ce qui inclut, outre la réalisation même de l'acte proprement dit, le temps nécessaire à l'accueil, l'installation, la désinstallation du patient et le règlement de la séance. La Caisse en conclut à juste titre que, à supposer que les soins aient été effectivement réalisés par M. X., la densité de ses journées de travail et la durée des actes constatée permettent de les qualifier d'abus d'honoraires au sens de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, dès lors qu'ils s'assimilent à des actes réalisés dans des conditions telles qu'alors même qu'ils auraient été réalisés, ils équivalent à une absence de soins. Si M. X. indique à l'audience que ces circonstances sont à rapprocher de la présence de remplaçants ou de stagiaires à son cabinet, celle-ci aurait dû être signalée au Conseil de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes et à la CPAM, ce qui n'a pas été fait. Le grief est retenu.

*En ce qui concerne la suspicion d'actes fictifs :*

29. La CPAM soutient sans être contredite, que les journées de travail de M. X. telles qu'issues des télétransmissions faites par lui-même à la CPAM et reconstituées par cette dernière démontrent qu'il a travaillé plus de 24 heures par jour (le 22 février 2018, le 6 juin 2017, le 15 septembre 2017, le 1<sup>er</sup> septembre 2017, le 8 septembre 2017, le 4 septembre 2017, le 11 septembre 2017, le 16 mars 2018, le 4 janvier 2018, le 6 février 2018, le 13 février 2018, le 22 février 2018, le 27 février 2018), ce qui laisse supposer que certains soins n'ont pas été réalisés. Elle indique également que le 21 janvier 2019, il a facturé 24 actes, équivalent à 12 heures de travail, alors qu'en réalité il était hospitalisé à la clinique (...) (admis à 8 heures sorti à 18 heures), ce qui rend peu vraisemblable l'effectivité des soins facturés. Si M. X. indique encore à l'audience que ces circonstances sont à rapprocher de la présence de remplaçants ou de stagiaires à son cabinet, celle-ci aurait dû être signalée au Conseil de l'Ordre des masseurs kinésithérapeutes et à la CPAM, ce qui n'a pas été fait. Le grief est retenu.

*En ce qui concerne le non-respect du protocole de soin prévu par le médecin au déterminant du patient :*

30. La CPAM soutient sans être contredite, que s'agissant de certains soins, elle a relevé que M. X. ne respectait pas la prescription du médecin, en créant un risque pour la santé du patient. Ainsi s'agissant des dossiers n° 2, 12 ou 34, le médecin précise que les soins doivent être réalisés avec une fréquence de deux fois par semaine alors que M. X. en aurait dispensé aux patients jusqu'à 4 fois par semaine, sans se préoccuper de savoir s'ils pouvaient supporter lesdits soins avec une telle fréquence. Le médecin n'a jamais été informé puisque le bilan, en admettant qu'il soit réalisé ne lui sera jamais transmis. Le grief est retenu.

#### Sur la sanction :

31. La très grande majorité des griefs soulevés à l'encontre de M. X. sont établis et au nombre de ceux mentionnés à l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale. Les griefs discutés ci-avant révèlent de la part de M. X. d'agissements devant être qualifiés de fautes, fraudes et abus d'honoraires. M. X. n'a pas respecté les règles de facturation à de très nombreuses reprises dans le but de s'accorder des revenus bien plus élevés, plus de trois fois la moyenne régionale, à ceux auxquels il aurait eu droit s'il avait respecté la réglementation. Les procédés de M. X. sont particulièrement critiquables en ce qu'il n'hésite pas à dénaturer des ordonnances médicales dans un but d'enrichissement personnel. L'établissement de faux et l'usage de faux s'apparente ainsi à de l'escroquerie auprès de l'Assurance maladie. Par ailleurs, en ne communiquant pas au médecin toute information en sa possession susceptible de lui être utile pour l'établissement du diagnostic médical ou l'adaptation du traitement en fonction de l'état de santé du patient et de son évolution, tel qu'il est prévu à l'article R. 4321-2 du code de la santé publique, M. X. s'est volontairement soustrait de tout intrusion dans son activité de masseur-kinésithérapeute, par les médecins prescripteurs, qui aurait pu faire découvrir son organisation déviante. Si M. X. tente de s'exonérer de ses manquements en faisant

valoir maladroitement qu'il a agi dans l'intérêt des patients, dans la précipitation de leurs demandes et de celles des médecins prescripteurs, il en oublie son rôle de masseur-kinésithérapeute d'intervenir dans le cadre d'une prescription écrite qui relève de la seule compétence du médecin et qu'il est tenu en tant que masseur-kinésithérapeute d'effectuer ses actes dans le respect des dispositions du titre III du livre IV du code de la santé publique et de leurs mesures d'application en observant la plus stricte économie compatible avec l'exécution des prescriptions. S'il a été rappelé à l'audience à M. X. ces règles d'exécution d'une prescription médicale, celui-ci demeure dans un certain déni de la gravité de ses fautes, fraudes et abus d'honoraires.

32. Dans ces circonstances très particulières où le professionnel de santé, conventionné, n'a plus comme objectif le soin ou l'intérêt du patient mais de télétransmettre le plus possible de facturations à la Caisse, il sera fait une juste appréciation des faits de l'espèce en prononçant à l'encontre de M. X. la sanction de l'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux. Le présent jugement fera l'objet d'une publication, à la diligence de la caisse primaire d'assurance maladie de Côte d'Or dans ses locaux ouverts au public, pendant un an, à compter du jour où le présent jugement sera devenu définitif.

#### Sur le trop remboursé :

33. Il résulte de ce qui précède, qu'il y a lieu, par application du 4° de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale de condamner M. X. à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Or la somme de 97 707,82 euros.

### **D E C I D E**

Article 1<sup>er</sup> : Il est prononcé à l'encontre de M. X., la sanction de l'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux. La présente interdiction prendra effet dans les conditions prévues au 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article R. 4126-30 du code de la santé publique.

Article 2 : M. X. remboursera à la caisse primaire d'assurance maladie de la Côte d'Or la somme de 97 707,82 euros sur le fondement du 4° de l'article L. 145-5-2 du code de sécurité sociale. La présente décision constitue le titre exécutoire pour son recouvrement.

Article 3 : Le délai pour faire appel de la présente décision est de deux mois à compter de sa notification.

Article 4 : La présente décision sera notifiée en recommandé avec accusé de réception :

- à M. le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Côte d'Or,
- à M. X.,
- à M. le directeur de la caisse de Mutualité Sociale Agricole de Franche-Comté,
- à M. le directeur général de l'agence régionale de santé de Bourgogne – Franche-Comté,
- à Mme le ministre chargé de la santé,
- à M. le président du conseil national de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes,
- à M. le président du conseil régional de Bourgogne – Franche-Comté de l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes.

Copie sera adressé à Me Blache et Me Dandon.

Décision rendue publique par affichage à Dijon le 9 janvier 2020,

Pour expédition conforme à la délibération

La secrétaire de la Section des Assurances  
Sociales

Pascale MONTAGNON

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.