

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

91bis rue du Cherche-Midi -75006-Paris

N°009-2023 M. X. c. Echelon local du service médical et Caisse primaire centrale d'assurance maladie des Côtes-d'Armor

Décision rendue publique par affichage le 03 juin 2025

La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,

Vu la procédure suivante :

Par une décision en date du 14 novembre 2024, la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, avant dire droit sur la requête de M. X. tendant à l'annulation de la décision n°01.01.2020 du 19 juin 2023 par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Pays-de-la-Loire lui a infligé la peine de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée d'un an assortie du sursis pour une durée de trois mois et l'a condamné à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Côtes-d'Armor la somme de 19 137,56 euros correspondant au trop perçu, a d'une part, annulé ladite décision et a d'autre part, avant de statuer sur la plainte du médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical des Côtes-d'Armor et de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Côtes-d'Armor, ordonné un supplément d'instruction tendant à la production par la caisse primaire d'assurance maladie des Côtes-d'Armor de toutes pièces ou documents de nature à établir la date des facturations de M. X. ou à défaut, d'identifier de manière précise et circonstanciée les actes dont elle entend, pour chacun des dossiers contrôlés, saisir la juridiction du contrôle technique.

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu :

- Le code de justice administrative ;
- Le code de la santé publique ;
- Le code de la sécurité sociale ;
- La nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972, modifié ;

- L'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance-maladie.

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

Après avoir entendu en séance publique du 29 avril 2025 :

- M. Roger-Philippe Gachet, en la lecture de son rapport ;
- Les observations de Me Joseph Méot, se substituant à Mes Nicolas Choley et Thibaud Vidal, pour M. X. ;
- Les observations de Mme Julie Allio pour la caisse primaire d'assurance-maladie des Côtes-d'Armor ;

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

Après en avoir délibéré,

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[s] "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 (...) dite[s] "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" [...].* »

2. Il ressort des pièces du dossier que M. X., masseur-kinésithérapeute inscrit au tableau du conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Côtes-d'Armor ayant son cabinet à (...), intervient également de façon privilégiée dans deux EHPAD situés à proximité et exerce également une activité d'ostéopathie du sport, de l'enfant et du nourrisson, crânienne et viscérale. A la suite d'un signalement du 5 décembre 2019 à propos de la facturation d'actes non réalisés émanant de la fille d'une pensionnaire de l'EHPAD de (...), d'un nouveau signalement en 2021 quant au volume d'actes quotidiens réalisés à l'EHPAD de (...) et à leur qualité, il a été procédé à une enquête sur l'activité de ce professionnel dans le cadre de l'article L. 315-I-IV et en application des articles R. 315-1 et suivants du code de la sécurité sociale sur la période du 31 août 2018 au 30 avril 2021. L'analyse des relevés individuels d'activité et de prescriptions afférents correspondant à l'activité de M. X. au cours des années 2018, 2019 et 2020 a mis en évidence un montant d'honoraires remboursables et un nombre total d'actes remboursés (sauf pour 2020) supérieur à deux fois la moyenne régionale observée sur la même période. L'enquête du service médical sur la période du 31 août 2018 au 30 avril 2021 mentionne onze types d'anomalies pour soixante-seize dossiers étudiés.

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 masseurs-kinésithérapeutes (...) sont saisies, dans les cas prévus aux articles L. 145-1, L. 145-5-1, R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat de la section intéressée dans le délai de trois ans à compter de la date des faits. (...)* ».

4. La plainte du médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical des Côtes-d'Armor et de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Côtes-d'Armor ayant été enregistrée le 14 mars 2019, elle n'est donc recevable qu'en tant qu'elle concerne des actes facturés par M. X. après le 14 mars 2019. Il résulte des pièces produites par la caisse primaire d'assurance maladie des Côtes-d'Armor en vue d'établir la date des facturations de M. X. que sur les soixante-seize dossiers étudiés par le service médical sur la période susmentionnée doivent être regardés comme prescrites les facturations relatives aux dossiers 48, 52, 55, 61, 65, 71, 72, 73, 74, 76, 77 et 79. Par ailleurs, dans les dossiers 2, 4, 5, 6, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 27, 29, 30, 32, 33, 35, 37, 38, 39, 42, 45, 51, 52, 67 et 70 ne peuvent retenir pour l'analyse des griefs que les actes facturés postérieurement au 14 mars 2019.

Sur les griefs :

En ce qui concerne le grief d'absence de prescription médicale,

5. Aux termes de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique dans sa version en vigueur à la date de réalisation des actes critiqués : « (...) *Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale (...)* ». Aux termes de l'article 5 des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) : « *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. Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.* »

6. Il résulte de l'instruction que, pour quatre patients (dossiers 38, 56, 63, 64), les prescriptions médicales n'ont pas été fournies. Pour cinq patients (dossiers 25, 26, 60, 62, et 66), les prescriptions apportées en justification par M. X. comportent une date différente de celle mentionnée sur la facturation. Il en résulte que le grief tiré de l'absence de prescription médicale est établi pour les neuf dossiers précités.

En ce qui concerne le grief d'absence de la demande d'accord préalable,

7. Aux termes de l'introduction du titre XIV de la NGAP : « *Pour chacune des rééducations correspondant à des situations médicales précisées dans les tableaux du chapitre V du présent titre, la Haute autorité de santé a validé un référentiel déterminant un nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire pour permettre, à titre exceptionnel, d'initier ou de poursuivre la prise en charge de la rééducation par les caisses médicales.* »

8. S'il est fait grief à M. X. de n'avoir pas, pour quatorze patients, sollicité d'accord préalable alors qu'il y était tenu, il résulte de l'instruction que pour les dossiers 20, 27, 28, 35, 36 et 39, les prescriptions de soins ne sont pas au dossier, ce qui ne permet pas de tenir le grief comme établi. Pour les dossiers 1, 5, 8, 14, 21, 22, 23 et 30, la caisse en retenant une pathologie distincte de celle figurant sur la prescription n'établit pas la matérialité du grief. Il s'en suit que le grief allégué ne peut être qu'écarté.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non réellement effectués,

9. Aux termes de l'article R. 4321-98 du code de la santé publique : « *Les honoraires du masseur-kinésithérapeute sont déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières. Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. (...)* »

10. Il résulte de l'instruction que l'étude des relevés bancaires de M. X. obtenus dans le cadre de l'exercice du droit à communication prévu par les articles L. 114-19 et L.114-20 du code de la sécurité sociale et les articles L. 83, L. 85 et L. 85-0A du livre des procédures fiscales a permis d'établir l'absence de M. X. à son cabinet aux jours déclarés, celui-ci ayant procédé à des opérations bancaires depuis l'étranger ou une autre région que la Bretagne (dossiers 26, 40, 41, 43, 44, 47). Si, lors de l'audience, le conseil de M. X. a soutenu qu'il s'était fait remplacé par son assistant lors de ses absences, il est constant qu'il a lui-même facturé les actes de soins en cause.

11. Il ressort ensuite des pièces du dossier que des actes ont été facturés alors que le cabinet de M. X. était fermé pour cause de confinement (dossiers 68 et 69). Si le professionnel fait valoir que malgré la fermeture, il a néanmoins pris en charge des patients sur cette période lorsque cela était exigé par leur état de santé, afin d'éviter une aggravation de leur état et un retard de leur prise en charge, ses dires ne sont corroborés par aucun commencement de preuve. De même, il lui est reproché d'avoir pour les dossiers 70 et 75 facturé des actes effectués le samedi, jour de fermeture du cabinet. S'il soutient qu'en dépit de la fermeture, il lui arrive néanmoins de recevoir des patients, soit afin d'arranger des patients "habitués" du cabinet, soit pour assurer des soins rapidement pour certains patients qui nécessitent une prise en charge immédiate, cet argument n'est susceptible d'être pris en compte que pour le dossier 70 eu égard à la pathologie du patient.

12. Enfin, il est constant que pour les dossiers 40 et 50, les assurés sociaux résidents de l'EHPAD étaient hospitalisés à la date de facturation des actes. De même, le registre des entrées et sorties des résidents de l'EHPAD permet d'établir qu'aux dates indiquées, le patient (dossier 42) était absent de l'établissement et ne pouvait donc avoir bénéficié des soins en cause.

13. Il résulte de ce qui précède que si le grief d'actes fictifs peut être écarté pour les actes facturés dans le dossier 70, il doit être retenu pour l'ensemble des autres actes recensés dans les dossiers cités aux points 10 à 12 de la présente décision.

En ce qui concerne le grief d'abus de cotation,

14. Aux termes de l'article R. 4321-77 du code de la santé publique : « *Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués ou des honoraires perçus, ou les deux simultanément sont interdits.* »

15. Il est reproché à M. X. des abus de cotation. Il ressort néanmoins de l'instruction que pour deux patients (dossiers 43 et 67) devant bénéficier d'une rééducation à la marche, la facturation établie par le masseur-kinésithérapeute mentionne des cotations fixées respectivement à 8.3 et pour le second dossier à 8 et 8.3 alors que la nomenclature mentionne des cotations allant de 6 à 8.3. Il en résulte que le grief ne peut être retenu. En revanche, pour les dossiers 1, 4, 8, 12, 13, 23, 31, 34, 37 et 38, les cotations mentionnées excèdent celles prévues par la NGAP. Enfin, si dans le dossier 11 la caisse soutient que la cotation de la rééducation du rachis retenue de 9.5 doit être réduite à 7.5, il résulte de l'instruction que la prescription comportait également de la rééducation à la marche devant être cotée à 8.3.

En ce qui concerne le grief de défaut de transmission des feuilles de soins dans les délais prescrits,

16. Aux termes de l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale : « *1 La transmission aux organismes servant les prestations de base de l'assurance maladie des feuilles de soins est assurée dans les conditions ci-après définies. / Les feuilles de soin sont transmises par voie électronique ou par envoi d'un document sur support papier. / 1° En cas de transmission par voie électronique, le professionnel, l'organisme ou l'établissement ayant effectué des actes ou servi des prestations remboursables par l'assurance maladie transmet les feuilles de soins électroniques dans un délai dont le point de départ est la date fixée au 10° et au 11° de l'article R. 161-42 et qui est fixé à : / a) Trois jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ; / b) Huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais (...).* »

17. Il résulte de l'instruction que dans les dossiers 6, 13, 24, 32, 38 et 52, M. X. a débuté les soins très à distance de la prescription médicale, ne permettant pas aux organismes sociaux de vérifier la réalité des prescriptions. Il ressort, par ailleurs, des pièces du dossier, qu'il a également, pour ces patients, soit transmis des prescriptions anciennes alors qu'il disposait de prescriptions plus récentes, soit utilisé différentes prescriptions en alternance, se soustrayant ainsi aux contrôles du service du contrôle médical. Si M. X. soutient que ledit grief n'est pas de nature à faire l'objet d'une sanction par la juridiction du contrôle technique, faute d'entrer dans le champ des actes visés à l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale, il est constant que ces agissements ont été commis à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux et constituent par suite, une faute au sens des dispositions précitées. Il en résulte que le grief doit être retenu.

En ce qui concerne le grief de falsification d'ordonnance,

18. Il est reproché à M. X. des falsifications d'ordonnance pour plusieurs patients. Il résulte de l'instruction que dans les dossiers 24, 32, 38, 43, 44, 45, 52, 57, 58, 59 et 67, les dates de prescription ont été modifiées ou surchargées. Si M. X. produit dans les dossiers 43, 44, 52 et 67 des attestations de médecin confortant les dates mentionnées, ces attestations doivent être écartées comme insuffisamment probantes eu égard au caractère laconique de leur rédaction. Il ressort par ailleurs des pièces du dossier que s'agissant des dossiers 21 et 24, l'intitulé de la pathologie a été modifié en vue de facturer des actes non prescrits et s'agissant du dossier 45, le nombre de séances prescrites a été modifié. Le grief doit donc être retenu.

En ce qui concerne le grief de facturation non-conforme à la prescription,

19. Aux termes de l'article R. 4321-72 du code de la santé publique : « *Sont interdits au masseur-kinésithérapeute : / 1° Tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ; (...)* ».

20. Il résulte de l'instruction que M. X. n'a pas respecté les règles relatives à l'ordonnancier bizonal en facturant à 100 % des soins de kinésithérapie pour des affections ne relevant pas de l'affection de longue durée présentée par huit patients (dossiers 1, 5, 9, 14, 16, 18, 40 et 47), procurant ainsi à ces patients un avantage injustifié alors qu'il n'appartient pas à un professionnel de modifier de sa propre initiative les prescriptions ainsi établies, l'hypothèse d'une omission ou d'une erreur de la part du médecin prescripteur nécessitant l'établissement d'une nouvelle ordonnance. En procédant lui-même à de telles rectifications, M. X. a méconnu les dispositions de l'article R. 4321-72 du code de la santé publique. Il en résulte que ce grief est établi.

En ce qui concerne le grief tiré du non-respect de la prescription médicale,

21. Aux termes des dispositions liminaires du Titre XIV de la NGAP : « *Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute* ». Si ces dispositions laissent au masseur-kinésithérapeute, en l'absence de prescription médicale précise, le soin d'apprécier le nombre et le rythme des séances à réaliser, il en va différemment lorsque la prescription les a précisément définis, les termes de la prescription s'imposant dans cette hypothèse strictement au masseur-kinésithérapeute.

22. Il est reproché à M. X., pour plusieurs patients, de n'avoir pas respecté le nombre de séances prescrites, la durée de validité de la prescription, d'avoir facturé des déplacements à domicile sans prescription ou effectué les soins le week-end sans mention sur la prescription.

23. Il résulte effectivement de l'instruction que pour le dossier 2, M. X. a facturé 14 et 66 séances au lieu des 6 et 10 séances prescrites. Pour le dossier 11, il a procédé de la même façon en facturant 15 séances au lieu des 12 séances prescrites. Enfin pour le dossier 45, alors que chacune des trois prescriptions portait sur 6 séances, il a facturé respectivement 32, 45 et 60 séances.

24. Il est ensuite constant que pour les dossiers 15, 19, 33, 43 et 67, M. X. n'a pas respecté la durée d'exécution prévue, en continuant de facturer des actes de kinésithérapie pendant un ou plusieurs mois après l'expiration de la durée prescrite.

25. Il ressort des pièces du dossier que pour les dossiers 4 et 15, les prescriptions médicales ne comportent pas la mention de prescriptions à domicile alors que M. X. a côté la réalisation des actes comme ayant été réalisés à domicile. S'il est reproché à M. X. d'avoir facturé des majorations à ce titre en l'absence de mentions sur la prescription, aucune disposition de la nomenclature n'impose, s'agissant des masseurs-kinésithérapeutes, que la nécessité de soins à domicile soit expressément mentionnée sur l'ordonnance.

26. Enfin, il ressort des prescriptions figurant dans le dossier 75 qu'alors même que les soins ne sont pas prescrits les dimanche et jours fériés, ils ont été facturés avec majoration.

27. Il résulte de ce qui précède que si le grief du non-respect des prescriptions médicales peut être écarté pour les actes mentionnés au point 25, il doit être retenu pour l'ensemble des autres actes recensés dans les dossiers cités aux points 23, 24 et 26 de la présente décision.

En ce qui concerne le grief du défaut de qualité des soins,

28. 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 acquises de la science.* »

29. En premier lieu, selon les dispositions de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique : « (...) / *Dans le cadre de la prescription médicale, il établit un bilan qui comprend le diagnostic thérapeutique 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.* ». Il est précisé à la section 2 du chapitre 1 du titre XIV de la NGAP que le bilan, reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin-prescripteur, qu'il est enrichi au fil du traitement et qu'une fiche synthétique de ce bilan est adressée au médecin prescripteur en début et en fin de traitement, dès lors que ce traitement est supérieur ou égal à dix séances.

30. Il résulte de l'instruction qu'en réponse à la demande du service du contrôle médical qui lui a réclamé les bilans-diagnostic kinésithérapiques pour la période étudiée, M. X. a fourni 450 fiches de synthèse dont la rédaction est quasi identique. S'il lui est reproché un contenu par trop standardisé, les dispositions précitées de l'article R. 4321-2 se bornent à prévoir que 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. En revanche, il ressort des pièces du dossier que sur un échantillon de soixante-seize assurés sociaux, il a été constaté, pour vingt-huit assurés sociaux (dossiers 2, 6, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 24, 25, 28, 29, 30, 32, 33, 35, 36, 37, 39, 41, 43, 49, 50 et 67), la facturation de bilans-diagnostic kinésithérapiques (BDK) identiques entre eux, révélant une absence d'évaluation sérieuse au fil du temps de l'état de santé des patients, en méconnaissance des dispositions précitées de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique.

31. En second lieu, selon les dispositions du titre XIV de la NGAP « *Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, se consacre exclusivement à son patient.* » Par ailleurs, l'article 2 du chapitre III de ce titre relatif aux modalités de traitement prévoit que : « *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.* »

32. Il résulte de l'instruction que si le service médical n'a pu en l'absence, avant la pandémie COVID, de plannings de passages et de cahiers d'émargement des professionnels de santé au sein des deux EHPAD où M. X. exerce, établir l'absence de matérialité des soins facturés, il a été constaté, à la suite de la mise en place à l'EHPAD de (...) d'un registre de passage postérieurement à la pandémie, qu'entre le 15 mars 2021 et le 21 avril 2021, M. X. a facturé, sur onze demi-journées, des soins allant de seize à vingt prises en charge de résidents, alors que la NGAP prévoit que les soins sont généralement de l'ordre de trente minutes, à l'exception de l'entretien de la marche qui peut durer vingt minutes et des soins respiratoires. De même, les soins facturés au régime général correspondent, sur l'année 2019, à 2344.20 heures prodigués sur 232 jours hors week-end soit plus de dix heures de travail par jour. En tenant compte des autres régimes de protection sociale, de l'amplitude des horaires en cabinet qu'il a déclarée (ouverture du lundi au vendredi de 7h00 à 20h30), cela représente une amplitude horaire supérieure à quinze heures, étant précisé que cette durée ne tient compte ni de ses déplacements dans les deux EHPAD, ni de ses activités syndicales ainsi que sa participation aux instances représentatives de l'assurance maladie, ni des soins d'ostéopathie qu'il pratique également en cabinet. Ces constatations permettent ainsi d'établir que M. X. qui ne saurait utilement se prévaloir de ce que la durée admise d'une journée de travail serait fixée à dix-sept heures par jour, n'a pas respecté le temps minimal de trente minutes par patient prévu par la nomenclature. Il en résulte que ce grief est établi.

En ce qui concerne le grief tiré de l'obtention d'avantages indus à l'assuré social,

33. Il résulte de l'instruction que M. X. a, pour deux patients (dossiers 3 et 29), facturé des actes non remboursables, en méconnaissance des dispositions de l'article R. 4321-72 du code de la santé publique citées au point 19 de la présente décision. Il en résulte que ce grief est établi.

En ce qui concerne le grief de double facturation,

34. S'il résulte de l'instruction que, dans le dossier 7, apparaît une double facturation des frais de déplacement pour des soins dispensés à domicile pour un couple, en méconnaissance des dispositions de l'article R. 4321-77 du code de la santé publique citées au point 14 de la présente décision, en revanche dans les dossiers 10 et 32 pour lesquels le grief de double facturation est invoqué, une seule prescription figure dans chaque dossier, ce qui ne permet pas de regarder le grief comme établi. Il en résulte que le grief ne peut être retenu que dans cette mesure.

Sur la sanction :

35. 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°* ».

36. En premier lieu, les faits mentionnés aux points 6, 10, 11, 12, 15, 17, 18, 20, 23, 24, 26, 30, 32, 33 et 34 constituent des fautes, abus ou fraudes qu'il y a lieu de sanctionner. Compte tenu de la gravité de certains des faits mentionnés précédemment, et notamment ceux de facturation d'actes non effectués, de falsification d'ordonnance et de défaut de qualité des soins, et alors que M. X., en sa qualité de membre de la commission paritaire départementale des masseurs kinésithérapeutes et de la commission des pénalités, ne pouvait ignorer les obligations déontologiques qui lui étaient applicables, il sera fait une juste appréciation de sa responsabilité en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an, dont trois mois assortis de sursis.

37. En deuxième lieu, 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. Doivent en outre être également considérés comme abusifs les honoraires perçus en conséquence d'une action frauduleuse. En revanche, les honoraires réclamés en méconnaissance des règles de remboursement prévues par la nomenclature, de même que ceux réclamés à l'occasion d'abus d'actes, n'entrent pas dans le champ d'application de ces dispositions, sauf comportement frauduleux du professionnel.

38. Les faits mentionnés aux points 6, 10 à 12, 15, 18, 20, 23, 24, 26, 30, 33 et 34 ont donc donné lieu à la perception d'honoraires abusifs. Par ailleurs, dans les cas où la nomenclature générale des actes professionnels prévoit qu'une séance de masso-kinésithérapie est d'une durée de l'ordre de 30 minutes, des soins d'une durée inférieure à 20 minutes peuvent être regardés comme équivalant à une absence de soins. Par suite, il y a lieu de mettre à la charge de M. X. le remboursement de la somme de 19 137,56 euros, qui constitue le montant d'indus dont la caisse réclame le remboursement.

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

39. Les dispositions de l'article L.761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge de la caisse primaire d'assurance-maladie des Côtes-d'Armor et du service médical de Bretagne, la somme demandée par M. X. au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens.

DECIDE :

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

Article 2 : L'exécution de la sanction mentionnée à l'article précédent, pour la partie non assortie du sursis, débutera le 1^{er} septembre 2025 à 0h et prendra fin le 31 mai 2026 à minuit.

Article 3 : M. X. reversera à la Caisse primaire d'assurance-maladie des Côtes-d'Armor la somme de 19 137,56 euros.

Article 4 : La présente décision sera publiée, par affichage, dans les locaux administratifs de la caisse primaire d'assurance-maladie des Côtes-d'Armor ouverts au public, pendant la période mentionnée à l'article 2.

Article 5 : Le surplus des conclusions de M. X. est rejeté.

Article 6 : La présente décision sera notifiée à M. X., au médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical des Côtes-d'Armor, à la directrice de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Côtes-d'Armor, au directeur de l'agence régionale de santé de la région Bretagne, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Pays-de-la-Loire, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Côtes-d'Armor, à la ministre du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles et à la ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

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

Ainsi fait et délibéré par Mme MONCHAMBERT, Conseillère d'Etat honoraire, Présidente suppléante, M. GACHET, membre titulaire et M. MARCHIANO, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr RIO, membre titulaire et M. le Dr HUE, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LA CONSEILLERE D'ETAT HONORAIRE
PRESIDENTE SUPPLEANTE DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-
KINESITHERAPEUTES

SABINE MONCHAMBERT

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

CINDY SOLBIAC

La République mande et ordonne au ministre chargé de la santé en ce qui le concerne, ou à tous huissiers de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.