

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

99 rue du Cherche-Midi -75006-Paris

N°003-2022 M. X. c. CPAM de l'Isère

Décision rendue publique par affichage le 25 novembre 2025

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

Vu la procédure suivante :

Procédures contentieuses antérieures :

Le médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de l'Isère a porté plainte contre M. X., masseur-kinésithérapeute à (...) devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes Auvergne-Rhône-Alpes. La caisse primaire de l'Isère s'est associée à cette plainte.

Par une décision n°2021-01 du 18 février 2022, la section des assurances sociales a infligé à M. X. la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de douze mois, dont six mois assortis du sursis et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance-maladie la somme de 28 667,55 euros.

Par une décision n° 003-2022 du 17 mai 2024, la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, sur appel de M. X., a, d'une part, confirmé la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux et dit que l'exécution de la partie non-assortie de sursis débutera le 1^{er} septembre 2024 et prendra fin le 28 février 2025 et, d'autre part, ramené la somme que M. X. est condamné à verser à la CPAM de l'Isère à 14 182,73 euros.

Par une décision n^{os} 496081 et 498278 du 20 février 2025, le Conseil d'Etat a annulé la décision du 17 mai 2024, renvoyé l'affaire devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et prononcé un non-lieu à statuer sur les conclusions de la requête n° 498278 présentée le 7 octobre 2024 par M. X. tendant à ce qu'il soit sursis à l'exécution de la décision précitée du 17 mai 2024.

Procédure devant la chambre disciplinaire nationale :

Par une requête et deux mémoires, enregistrés les 22 avril, 18 juillet et 5 octobre 2022 au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. X., représenté par Me Alexia Nicolau, conclut :

- à titre principal, à l'annulation de la décision n°2021-01 du 18 février 2022 et, statuant à nouveau, à ce que soit ordonnée avant-dire droit une expertise, en confiant à l'expert une mission de médiation entre les parties, à ce qu'il lui soit donné acte qu'il s'engage à régulariser les erreurs commises de bonne foi, et à ce que la demande de sanction et de publication de cette sanction soit rejetée ;
- à titre subsidiaire, à ce qu'il soit seulement condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Isère une somme tenant compte des justifications produites.

M. X. soutient que :

- une expertise avec médiation serait utile en l'espèce, car s'il a pu commettre des erreurs matérielles, qu'il est prêt à régulariser, il n'a jamais eu d'intention frauduleuse, et il a à cœur de prodiguer les meilleurs soins à ses patients, qui viennent à son cabinet en grand nombre et sont satisfaits de ses soins ; il est d'ailleurs dommage que le service médical se soit limité à poser des questions ciblées aux patients, sans leur demander s'ils étaient satisfaits des soins, ni vérifier les résultats de leur prise en charge sur leur état de santé ; une médiation lui permettrait de mieux comprendre ce qui est attendu de lui et permettrait au service médical et à la caisse de comprendre qu'il n'est pas un fraudeur ;

- il n'a jamais facturé des actes non réalisés, mais il lui est arrivé, faisant sa comptabilité le samedi, jour de fermeture du cabinet, de dater par erreur du samedi des actes réalisés d'autres jours de la semaine ; il a remboursé les actes facturés par erreur au titre du samedi ; s'agissant du dossier n°6, il n'a rien à rembourser, ayant bien travaillé le vendredi 31 mai 2019 ;

- par ailleurs, quand il voyait un couple à domicile, il réalisait des actes pour chacun d'eux, comme l'atteste le patient 7 ; s'il n'en facturait qu'un, c'est qu'un des membres du couple n'était pas en état de faire sa séance ; s'agissant des dossiers 7,8 et 9, tous les soins ont bien été effectués, même si les patients, qui ont des problèmes de mémoire, ne s'en souviennent pas ; il en va de même, pour les patients 39 et 40, dont la fille atteste de ses passages à domicile pour une durée de 30 à 45 mn en fonction de leur état de santé ;

- s'agissant des doubles facturations, ou des facturations pendant l'hospitalisation de patients, il s'agit d'erreurs matérielles, dues au fait qu'il facture a posteriori, et, à l'époque, avec l'aide de stagiaires en gestion administrative ;

- s'agissant du grief de facturation d'actes non prescrits, il reconnaît une erreur pour le patient 53, une confusion entre l'ordonnance du patient 36 et celle de sa sœur, ces patients bénéficiant d'une ordonnance non quantitative du 7 février 2019 couvrant les soins réalisés ; pour le patient 46, son ordonnance non nominative a été rectifiée par le médecin ; pour le dossier n°21, les dires de la patiente, d'ailleurs variables, ne suffisent pas à établir qu'il lui prodiguait habituellement des soins non prescrits ; pour le dossier n°46, il est exact que la prescription ne porte pas le nom du patient, mais la CPAM aurait pu s'en apercevoir avant de rembourser, d'ailleurs, il a produit ultérieurement cette ordonnance avec le nom du patient ; cette ordonnance non quantitative pouvait bien être utilisée jusqu'en juillet 2019 ; pour le dossier n°51, il a commis une erreur en visant l'ordonnance du 22 novembre 2016 au lieu de celle du 9 octobre 2017 et, en tout état de cause, ces ordonnances sont non quantitatives, le médecin n'ayant pas le droit de limiter leur durée à six mois et les soins restant justifiés ;

- s'agissant du grief de facturation d'actes non remboursables, il n'est fondé ni pour la patiente 10, ni pour les patients 23 et 38 ;

- le grief de non-respect de la durée de soins prévue par la NGAP, qui s'appuie sur des déclarations vagues de certains patients ou de proches non présents, est contredit par

des attestations précises des patients ou de leur aide de vie ; en outre, cette durée de soins doit être adaptée à l'état du malade ;

- il est établi, dossier par dossier, que le grief d'absence de demande d'accord préalable n'est pas fondé ;
- il a bien établi les fiches de synthèse des bilans diagnostics kinésithérapiques, qui ont été transmises aux médecins concernés, sans les anti-dater ;
- en ce qui concerne le grief d'abus d'actes, il démontre, patient par patient, qu'il n'a réalisé que des séances justifiées par leurs pathologies respectives ; l'usage long de certaines ordonnances est lié au fait que certains patients ont de la difficulté à trouver un médecin traitant ;
- il n'est pas un fraudeur et ses patients attestent que leur état s'est amélioré grâce à lui ;
- il s'engage à être plus rigoureux dans sa gestion administrative.

Par un mémoire en défense et deux autres mémoires, enregistrés les 6 juillet, 16 septembre et 14 décembre 2022, le médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de l'Isère, conclut au rejet de la requête.

Le médecin conseil soutient que :

- la section des assurances sociales de première instance a bien répondu à la demande d'expertise, en la rejetant ; s'agissant du souhait de médiation, il a déjà été répondu qu'il avait été mis en mesure de s'expliquer lors de l'entretien contradictoire du 12 février 2020 ;
- M. X. a déjà fait l'objet d'une analyse d'activité sanctionnée en 2010 par trois mois d'interdiction de donner des soins aux assurés, dont deux avec sursis et avait reconnu s'être fait remplacer pendant cette période ; il a également eu une notification d'indus en 2012 ;
- les attestations de patients ne prouvent rien ;
- M. X. omet de dire qu'il a refacturé des actes qu'il avait remboursés à des dates auxquelles ils ne pouvaient avoir été faits compte tenu du nombre de patients traités (entre 40 et 63) ;
- M. X. indiquant qu'il ne travaillait pas le samedi, on peut s'interroger sur la réalité des 877 actes facturés sur 36 samedis pendant la période de contrôle ;
- il n'établit pas comment il pouvait respecter la durée de soins de l'ordre de trente minutes en réalisant en moyenne par jour, samedis, dimanche et jours fériés compris, 41 actes de rééducation et 8 déplacements à domicile ; certains jours, il a pu facturer jusqu'à 72 séances, ou 25 déplacements ; le 31 mai 2019, il a vu 56 personnes différentes et effectué 16 visites à domicile ;
- une telle quantité de soins est impossible à réaliser, ce qui corrobore les attestations des patients, même très âgés, qui établissent la facturation de soins non réalisés ;
- le grief de double facturation est intégralement maintenu, le fait de reporter la faute, soit sur le logiciel, soit sur sa stagiaire, n'établit pas la bonne foi de M. X. ;
- les explications de M. X. (examinées dossier par dossier) ne sont pas de nature à établir qu'il n'a pas facturé d'actes non prescrits ;
- il maintient le grief de facturation d'actes non remboursables pour tous les dossiers concernés et souligne le manque de rigueur de M. X. ;
- s'agissant de la durée des soins, le nombre total d'actes réalisés par jour établit l'exactitude des dires des patients ; il n'est pas matériellement possible de voir jusqu'à 73 patients tout en faisant 7 à 11 déplacements comme pour les journées du 4 février 2019 ou du 26 mars 2019 ;
- il maintient que les formalités de demande d'accord préalable n'ont pas été faites pour certains soins qui le justifiaient ;
- les fiches de synthèse produites ne correspondent qu'à un bilan initial, sont de mauvaise qualité et d'authenticité douteuse ; les deux attestations de médecins faisant état de leur transmission sont trop imprécises pour être retenues ;

- laisser à disposition des machines ne correspond pas à une séance de rééducation facturable à l'assurance-maladie.

Par un mémoire en défense et deux autres mémoires, enregistrés les 7 juillet, 1^{er} septembre et 9 décembre 2022, la directrice de la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Isère conclut au rejet de la requête par les mêmes moyens que le médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de l'Isère. Elle soutient en outre que le fait que certaines doubles facturations correspondraient à la refacturation de soins dont le remboursement a été rejeté n'est pas établi ; en tout état de cause, cela ne pourrait expliquer toutes les anomalies, car dans certains cas, les mêmes soins sont facturés à la fois en télétransmission et par papier, avec des dates différentes de prescription.

Par ordonnance du 11 mars 2025, l'instruction a été réouverte et les parties informées de la reprise d'instance.

Par un mémoire récapitulatif enregistré le 14 avril 2025, au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, M. X., représenté par Me Alexia Nicolau, conclut aux mêmes fins que sa requête et ses deux mémoires, enregistrés les 22 avril, 18 juillet et 5 octobre 2022 par les mêmes moyens.

M. X. soutient au surplus que :

- il a exécuté la décision rendue le 17 mai 2024 par la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, a arrêté de dispenser des soins aux assurés sociaux du 1^{er} septembre 2024 au 28 février 2025 à minuit et a repris son travail à compter du 1^{er} mars 2025 ;

- le préjudice subi suite à cette interdiction d'exercice s'est avéré très conséquent puisque son chiffre d'affaires sur l'année a été divisé par deux et ses patients se sont retrouvés démunis sans kinésithérapeutes, dans une zone géographique où il est très difficile de trouver un praticien qui accepte de prendre de nouveaux patients ce qui n'a pas permis d'assurer la continuité des soins prescrite à l'article R. 4321-92 du code de la santé publique et justifie la pétition produite ;

- s'agissant des abus d'actes et du dossier n°14, le drainage lymphatique est inscrit à la NGAP.

Par un mémoire en défense enregistré le 23 mai 2025, au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, le médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de l'Isère, conclut au rejet de la requête par les mêmes moyens que ceux exposés aux termes de ses précédents mémoires enregistrés les 6 juillet, 16 septembre et 14 décembre 2022.

Le médecin-chef soutient au surplus que :

- la réalité du préjudice allégué n'est pas établie dès lors qu'il résulte de l'examen du RIAP 2024 que son activité est restée très soutenue par rapport au référentiel régional et que le nombre d'actes remboursés est de 2,27 fois le référentiel régional, chiffre qui doit être porté à 3,4 si l'on tient compte qu'il n'a exercé que huit mois sur douze ;

- s'agissant de la pétition produite, la section appréciera l'à-propos de cette démarche et sa relation avec les griefs reprochés ;

- il y a lieu de s'interroger sur la capacité de M. X. à d'une part, comprendre ce qui lui est reproché et d'autre part, à modifier sa pratique pour la rendre conforme aux attentes légitimes de l'assurance maladie vis-à-vis d'un professionnel conventionné ;

- le tableau produit en annexe fait apparaître 261 journées avec un temps de travail évalué à 24 heures et plus (hors temps de déplacement) et 325 journées à 20 heures et plus ;

- le constat effectué montre que le cabinet fonctionne comme une salle de sport ouverte aux patients du lundi au samedi avec paiement par carte vitale pour des adhérents "patients-assurés" qui viennent quand ils le souhaitent.

Par ordonnance du 25 septembre 2025, la clôture de l'instruction a été fixée au 28 octobre 2025 à 11 heures.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- Le code de justice administrative ;
- Le code de la santé publique ;
- Le code de la sécurité sociale ;
- La nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972, modifié ;
- L'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance-maladie ;

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

Après avoir entendu au cours de l'audience publique du 4 novembre 2025 :

- Mme Brigitte Vincent en son rapport ;
- Les observations de Me Delphine Sanchez-Moreno se substituant à Me Alexis Nicolau pour M. X. et de M. X. dûment informé de ce qu'il était en droit de se taire ;
- Les observations de madame le Docteur C., médecin-conseil, pour l'échelon local du service médical de l'Isère ;
- Les observations de Mme D. pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie de l'Isère.

Me Delphine Sanchez-Moreno et M. X. ayant été invités à prendre la parole en dernier.

Après en avoir délibéré,

Considérant ce qui suit :

1. A l'occasion du contrôle de l'activité de M. X., masseur-kinésithérapeute à (...), des anomalies ont été relevées dans la facturation des actes de celui-ci au titre de la période du 1^{er} janvier 2018 au 11 juillet 2019, qui ont fait l'objet d'une plainte du médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical près la caisse primaire

d'assurance-maladie de l'Isère en date du 11 janvier 2021, à laquelle s'est associée la directrice générale de cette caisse primaire d'assurance-maladie par un mémoire en date du 17 mai 2021. M. X. fait appel de la décision du 18 février 2022, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Auvergne-Rhône-Alpes lui a infligé la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de douze mois, assortie d'un sursis de six mois et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance-maladie la somme de 28 667,55 euros.

Sur la demande d'expertise :

2. M. X. demande qu'il soit, avant-dire droit, ordonné une expertise, en confiant à l'expert une mission de médiation. Il estime en effet qu'il n'a pas pu s'expliquer suffisamment lors de l'entretien contradictoire, ni démontrer son absence d'intention frauduleuse, ni qu'il est un bon praticien, qui se forme et prodigue des soins consciencieux et adaptés à ses patients, lesquels sont très satisfaits de ses services. Toutefois, d'une part, il a été mis en mesure de s'expliquer sur les manquements qui lui sont reprochés, lors de l'entretien contradictoire organisé par la caisse et devant la section des assurances sociales. D'autre part, tant l'expertise que la médiation demandées ne sont pas utiles en l'espèce eu égard à la nature de ces manquements. Lors de l'audience, M. X. n'a pas justifié d'autres motifs susceptibles de conduire à la nécessité d'une expertise.

Sur les griefs :

3. 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 et des infirmiers 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 ou à une section de la chambre disciplinaire de première instance des infirmiers 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 ou du Conseil national de l'ordre des infirmiers, dites "section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes" et "section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers".* »

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

4. Il résulte de l'instruction que M. X. a, pour 13 patients, facturé des séances le samedi, pour 877 actes facturés sur trente-six samedi différents, alors que ceux-ci attestent ne pas avoir été reçus le samedi et que l'intéressé déclare d'ailleurs ne pas travailler ce jour-là, mais faire sa comptabilité, ce qu'il a confirmé lors de l'audience. S'il déclare s'être trompé et a remboursé la plupart de ces actes, il les a refacturés pour l'essentiel d'entre eux, un autre jour de la semaine, sans qu'il soit établi que les patients avaient rendez-vous ce jour-là, le nombre d'actes facturés étant déjà très élevé.

5. Il résulte également de l'instruction que M. X. a facturé des actes pour les patients 6 et 7 le vendredi du pont de l'Ascension 2019, alors qu'ils indiquent n'avoir pas reçu de soins pendant les ponts et qu'au titre de cette journée, il a facturé par ailleurs 56 séances dont 16 visites à domicile. Par ailleurs, ce professionnel a facturé 5 séances pour le seul patient 7, alors que celui-ci atteste que, lorsqu'il venait, il dispensait toujours également

ses soins à la patiente 6, et que les jours concernés étaient très chargés, allant jusqu'à 73 actes facturés, dont 25 déplacements à domicile. Par ailleurs, 21 séances ont été facturées pour le patient 8, qui déclare n'avoir eu que 10 séances, 6 séances pour le patient 9 pendant une interruption des soins et 1 séance pour le patient 40 alors que celui-ci était hospitalisé. Pour le couple de patients 39 et 40, 24 séances ont été facturées en dehors des jours de soins attestés par leur fille, et 8 séances ont été facturées à titre individuel pour la patiente 39, alors que celle-ci atteste que des soins étaient dispensés en même temps au patient 40 et que M. X. traitait ces jours-là un nombre très important de patients allant jusqu'à 72, dont 25 à domicile.

6. Enfin, 5 séances ont été facturées pour le patient 25 pendant une période de repos post-opératoire et 4 séances pour le patient 30 immédiatement après une fracture, alors que leur état clinique était incompatible avec les soins. En outre, pour 12 patients dossiers n^{os} 2, 17, 25, 38, 53, 54, 60, 61, 62, 63, 64 et 65) un total de 20 séances a été facturé en double.

7. Il résulte de ce qui précède que M. X., qui n'apporte pas d'éléments probants de nature à contredire les plaignants, a facturé de nombreuses séances de masso-kinésithérapie non effectuées. S'il persiste à soutenir à l'audience, qu'il s'agit d'erreurs, son comportement désinvolte et son manque de rigueur lorsqu'il procède à la facturation des soins qu'il dispense, sont fautifs.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non prescrits :

8. 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'ils agissent dans un but thérapeutique, les masseurs-kinésithérapeutes pratiquent leur art sur ordonnance médicale* (...) ». En vertu de l'article 5 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.*(...) » Aux termes du premier alinéa du titre XIV de la même nomenclature : « *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.* » Il en résulte que la facturation d'actes non prescrits, le non-respect de la durée de la prescription, du nombre d'actes prescrits ou du libellé de la prescription est fautif.

9. Il résulte de l'instruction que, pour la patiente 20, qui a accouché sous péridurale le 29 juin 2017, M. X. a utilisé l'ordonnance délivrée à celle-ci le 20 juillet 2017, prescrivant dix séances de rééducation dorso-lombaires, 2 à 3 fois par semaine, pour « *rachialgies étagées dans les suites d'une péridurale* », pour facturer une séance du 9 juillet 2018, dont l'objet, à plus d'un an de distance de la péridurale, était nécessairement autre que celui ayant motivé la prescription. Pour la patiente 21, 48 séances ont été réalisées entre le 16 janvier 2018 et le 3 avril 2019 sur la base d'une ordonnance du 24 août 2017 prescrivant une rééducation de tendinopathie achilléenne, mais cette patiente indique que M. X. pose des bottes gonflables et réalise des massages des cervicales, de l'épaule gauche et du dos. Si la pose de bottes gonflables est l'un des moyens de traitement à la disposition des masseurs-kinésithérapeutes sans qu'il soit nécessaire qu'il soit expressément prescrit, la

description faite par la patiente dans son attestation et à l'occasion d'un entretien oral, ne correspond pas aux soins d'une tendinopathie achilléenne, et ne peut donc être regardée comme prescrite, même si dans une attestation postérieure de quatre ans aux soins en cause, elle évoque, pour la première fois, une priorité donnée au massage de sa jambe. Pour le patient 36, M. X. a facturé pendant la période contrôlée, 10 séances sur la base d'une ordonnance délivrée à la sœur de ce patient, ce qu'il dit être la conséquence d'une erreur, ce patient disposant de sa propre ordonnance. Pour le patient 46, 16 séances ont été effectuées entre le 10 janvier 2018 et le 2 juillet 2019, en lien avec une prescription non nominative du 20 novembre 2017. Si M. X. a fait compléter cette ordonnance par le médecin traitant de l'intéressé, ce complément, postérieur de quatre ans à la rédaction de l'ordonnance, n'a pas de valeur probante. Pour le patient 51, 2 actes ont été réalisés et facturés sur la base d'une ordonnance dont la durée de validité de six mois avait expiré. En revanche, le grief de double facturation de soins pour le patient 53, sur la base de deux ordonnances dont l'une n'est pas produite, est déjà traité au point 6. Le grief de facturation d'actes non prescrits doit donc être retenu, dans cette mesure.

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non remboursables :

10. Il résulte de l'instruction que le patient 38 a bénéficié d'une prescription de drainage lymphatique HR (hors remboursement), soin qui ne figure donc pas parmi les soins remboursables en application de la nomenclature générale des actes professionnels. Ainsi, en facturant néanmoins ces soins, M. X. a méconnu les dispositions de cette nomenclature.

11. En revanche, en ce qui concerne les patientes 10 et 23, le grief ne peut être retenu. D'une part, les exercices sur des machines en salle sont l'une des techniques dont dispose le masseur-kinésithérapeute pour la rééducation des maladies respiratoires obstructives, restrictives ou mixtes, du type de celle dont est atteinte la première patiente. D'autre part, la pose de bottes de pressothérapie est l'une des techniques qui pouvaient être utilisées dans le cadre de soins prescrits à la seconde patiente pour un massage et rééducation du rachis entier et des quatre membres.

En ce qui concerne le grief de non-respect de la durée des séances et du nombre maximum de patients traités simultanément :

12. Aux termes du dernier alinéa de l'article 5 des "Dispositions générales" de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Sauf cas expressément prévu par la présente nomenclature, un acte ne peut être noté par le praticien ou auxiliaire médical et donner lieu à remboursement que si, pendant la durée de son exécution, ce praticien ou auxiliaire médical s'est consacré exclusivement au seul malade qui en a été l'objet.* » En vertu des dispositions préliminaires du titre XIV de la même nomenclature : « *Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute (...) se consacre exclusivement à son patient.* » Aux termes du chapitre III "Modalités particulières de conduite du traitement" de ce titre : « *Article premier - Traitements de groupe / Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1er, 2, 3 et 4 du chapitre II. Le praticien enseigne et dirige les exercices et contrôle les phases de repos tout au long de la séance. / Ces traitements de groupe doivent concerner des malades qui bénéficient d'un programme homogène d'exercices de rééducation. Le nombre de malades par groupe ne peut excéder trois. La durée totale de la séance est égale au nombre de patients que multiplie une demi-heure. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II. / Article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients / Si le praticien choisit d'accueillir deux ou trois patients (le nombre de malades pris en charge simultanément ne peut excéder trois), le temps consacré*

individuellement à chaque patient par le praticien doit être de l'ordre de trente minutes, par période continue ou fractionnée. (...) ».

13. Il ressort des attestations produites par les patients 7, 5 et 17, 8, 9, 15, 39 et 40, 26 et 28, 6 et 11, 16 et 22, et 14, qu'ils évaluent respectivement à cinq minutes, cinq à dix minutes, dix minutes, dix à quinze minutes, quinze à vingt minutes et vingt minutes, le temps qui leur était personnellement consacré par M. X. lors de leurs séances. Le patient 27 évalue à « *plus de quinze minutes* » la durée totale de sa séance de soins, y compris le temps passé sous la lampe chauffante, pendant lequel M. X. s'absente. Ces attestations sont confortées par les chiffres globaux décrivant l'activité de M. X., lequel, travaillant comme il l'a confirmé à l'audience de 7 h à 21h, a reçu plus de 40 patients du régime général par jour au cours de 67% des journées contrôlées et jusqu'à 73 patients en une journée, en assurant de nombreuses visites à domicile. Il en résulte que le temps consacré personnellement à chaque patient énuméré par celui-ci était inférieur, voire pour certains très inférieur à la durée de l'ordre de trente minutes prévue par les dispositions précitées de la nomenclature.

14. Il ressort en outre des déclarations de la patiente 10, que celle-ci faisait des séances d'une heure sur appareils, en présence de 4 à 6 autres patients. Dès lors, M. X. a également méconnu les dispositions précitées de la nomenclature, qui limitent à trois le nombre de patients dont les traitements peuvent être conduits en parallèle. Au demeurant en réponse à une question sur le nombre de personnes simultanément présentes dans l'unique salle de rééducation qu'il lui-même qualifié de vaste et décrit comme étant dotée de nombreux équipements, il a indiqué recevoir en même temps trois patients tout en reconnaissant la possibilité de chevauchements de présence sur les différents créneaux.

En ce qui concerne le grief de non-respect des formalités de demande d'accord préalable :

15. Le médecin-conseil reproche à M. X. de ne pas avoir respecté les obligations de demande d'accord préalable prévues par le chapitre V du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels en cas de dépassement du nombre de séances préconisées par le référentiel. En particulier, il n'aurait pas demandé un accord préalable avant de dépasser quinze séances de rééducation pour soigner des lombalgies communes, définies selon le site de l'assurance-maladie comme « *des douleurs lombaires de l'adulte sans rapport avec une cause inflammatoire, traumatique, tumorale ou infectieuse* », les lombalgies chroniques, radiculalgies, dorso-lombalgies et lombo-sciatiques ne relevant pas de cette définition.

16. Il résulte de l'instruction que le patient 7 s'est vu délivrer une première ordonnance pour des séances de kinésithérapie du rachis lombaire qui n'ont pas dépassé le référentiel, et une seconde ordonnance pour des séances de « *massage-rééducation de la colonne vertébrale* », compte tenu d'une luxation congénitale des deux hanches et de douleurs du rachis cervical irradiant dans les membres supérieurs, avec tendinite des deux épaules et coudes, que les plaignants qualifient d'ailleurs de lombalgie chronique, dès lors non soumise au référentiel. S'agissant des patients 4 (ordonnance du 22 mars 2018 pour 15 séances de rééducation du membre supérieur droit et du rachis cervico-dorsal), 11 (ordonnance du 15 mars 2017 pour « *massages rééducation de l'axe vertébral* »), 15 (ordonnance du 1er juin 2017 pour « *rééducation du rachis cervical et lombaire et des deux membres inférieurs* »), 27 (ordonnances des 4 octobre 2017 et 28 juin 2019 pour « *rééducation du rachis et des deux membres inférieurs, lombalgies basses, antécédents de chirurgie 1990* »), 35 (ordonnance du 17 novembre 2017 pour « *rééducation du rachis et des deux membres supérieurs. Cervicalgie et tendinite des deux épaules* »), 36 (ordonnance du 1er février 2019 pour « *rééducation à sec du rachis cervical et dorsal* »), 43 (ordonnance du

23 mai 2017 pour « *rééducation du rachis dorsal et lombaire* »), 44 (ordonnance du 11 avril 2018 pour « *rééducation du rachis entier : lombalgies, contracture para-vertébrale* »), 45 (ordonnance pour une rééducation du rachis entier, mentionnant une lombo-sciatique), 47 (ordonnance pour massage, rééducation et renforcement musculaire du rachis lombaire et des membres inférieurs), 48 (ordonnances des 2 août 2017 pour rééducation du rachis entier et des deux épaules, notamment les abaisseurs des épaules, 25 août 2017 pour rééducation des deux membres inférieurs, 30 août 2018 pour rééducation du rachis cervical et lombaire et 15 mars 2019 pour rééducation du rachis entier et des troubles de l'équilibre avec travail de la posture), 49 (ordonnance mentionnant une « *rééducation du dos* » correspondant selon la fiche de synthèse du bilan-diagnostic kinésithérapique à une rééducation du rachis entier), 50 (ordonnance mentionnant « *massage rééducation dorso-lombaire* », le libellé de leurs ordonnances ne correspond pas à la définition précitée de la lombalgie commune. Par ailleurs, les soins dispensés au patient 4 en vertu de l'ordonnance du 11 septembre 2018 ont fait l'objet d'une demande d'accord préalable pour les 10 séances supplémentaires réalisées, produite par M. X. Il en est de même s'agissant du patient 41, son ordonnance du 16 août 2017 pour « *massages et rééducation des deux épaules pour tendinopathies* » ne correspondant pas à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs non opérée soumise à référentiel. Le grief doit donc être écarté.

En ce qui concerne le grief de non-réalisation de bilans diagnostics kinésithérapiques :

17. Aux termes de l'article R. 4321-2 du code de la santé publique : « *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.* » La section 2 du chapitre 1 du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels précise ainsi le contenu de ce bilan et les modalités d'information du médecin prescripteur : « *a. Le bilan, extrait du dossier masso-kinésithérapique, permet d'établir le diagnostic kinésithérapique et d'assurer la liaison avec le médecin prescripteur. / Le bilan est le reflet des examens cliniques successifs réalisés par le masseur-kinésithérapeute et comporte : / - l'évaluation initiale des déficiences (analyse des déformations et des degrés de liberté articulaire, évaluation de la force musculaire, de la sensibilité, de la douleur...) ; / - l'évaluation initiale des incapacités fonctionnelles (évaluation des aptitudes gestuelles, possibilité ou non de réaliser les gestes de la vie courante et de la vie professionnelle...). Ces évaluations permettent d'établir un diagnostic kinésithérapique et de choisir les actes et les techniques les plus appropriés. / b. Le bilan-diagnostic kinésithérapique est enrichi, au fil du traitement, par : / - la description du protocole thérapeutique mis en œuvre (choix des actes et des techniques, nombre et rythme des séances, lieu de traitement, traitement individuel et / ou en groupe) ; / - la description des événements ayant éventuellement justifié des modifications thérapeutiques ou l'interruption du traitement ; / - les résultats obtenus par le traitement, notamment en termes anatomiques et fonctionnels par rapport à l'objectif initial ; / - les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute à son patient ; / - les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention (...)) Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique initial : évaluation, diagnostic kinésithérapique, protocole*

thérapeutique précisant le nombre de séances, est adressée dès le début du traitement au médecin prescripteur (...) / Une fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est adressée au médecin prescripteur au terme d'un traitement supérieur ou égal à 10 séances. Le cas échéant, cette fiche comporte les motifs et les modalités d'une proposition de prolongation du traitement, notamment quant au nombre de séances. (...) / À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. »

18. Il résulte de l'instruction que M. X. produit des fiches synthétiques des bilans diagnostics kinésithérapiques qu'il lui est reproché de ne pas avoir réalisés, ainsi que deux attestations de médecins certifiant avoir reçu de telles fiches pour ceux de leurs patients suivis par M. X. Il n'est pas établi que ces fiches auraient été rédigées a posteriori pour répondre aux critiques du service médical. Toutefois, la plupart de ces bilans n'ont pas été actualisés, en dépit de la poursuite des soins sur des périodes très longues, parfois plus d'un an, sur la base de la même ordonnance. Dans cette mesure, M. X. a méconnu les dispositions précitées au point 17.

En ce qui concerne le grief d'abus d'actes :

19. Le médecin-conseil fait grief à M. X. d'avoir facturé, pour 31 patients, 2303 actes et 475 indemnités de déplacement pour des soins médicalement injustifiés, quant à leur nombre ou à leur fréquence. Il résulte de l'instruction que la prise en charge des patients est toujours en cours, plusieurs mois, voire plus d'un an après la délivrance de la prescription, sans qu'il y ait eu de réévaluation de la pertinence de l'indication, en l'absence tant de nouvel examen médical que de nouveau bilan diagnostic kinésithérapique. Dans certains cas, comme les bronchiolites de nourrissons, la prise en charge est interrompue et reprise sans justification, en contradiction avec les éléments médicaux disponibles. Dans d'autres cas, le patient venait s'exercer sur des machines quand il le souhaitait. M. X. a ainsi dispensé des actes ne justifiant pas un remboursement par l'Assurance-maladie, sans que puisse avoir d'incidence le fait que les patients, qui ont parfois des difficultés à avoir un médecin traitant, sont satisfaits, et que l'exercice sur les machines du cabinet a un effet positif sur leur état de santé.

Sur la sanction :

20. Aux termes de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale : « Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et du conseil national de l'ordre des infirmiers sont : / 1° L'avertissement ; / 2° Le blâme, avec ou sans publication ; / 3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ; / 4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°. / La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe. / Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction. / Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec celles mentionnées à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique

lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, seule la sanction la plus lourde est mise à exécution. / Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les organismes de sécurité sociale. »

21. Les faits mentionnés aux points 4 à 7, 9, 10, 13, 14, 18 et 19 constituent des fautes et abus qu'il y a lieu de sanctionner. Si M. X. persiste à soutenir qu'il n'a jamais recherché que le bien de ses patients et produit plusieurs attestations de ceux-ci exprimant leur reconnaissance pour la qualité de ses soins, il résulte de l'instruction qu'il prend en charge une part significative de ses patients quand ils le souhaitent et selon les modalités qu'ils souhaitent, lesquelles sont plus proches des conditions de fonctionnement d'une salle de sport que des conditions prévues par la nomenclature générale des actes professionnels pour la réalisation de soins susceptibles de remboursement au titre de l'Assurance maladie. D'autre part, il multiplie les brèves visites à domicile, sur des périodes très longues et sans réévaluation, pour ses patients les plus âgés. En outre, il fait preuve d'une grande désinvolture dans la facturation des séances. En conséquence, il sera fait une juste appréciation de sa responsabilité en maintenant la sanction, décidée en première instance, d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an, dont six mois assortis du sursis.

22. 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.

23. Les faits mentionnés aux points 4 à 7 ont donné lieu à la perception d'honoraires abusifs, pour un montant total de 2 052,71 euros. 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 trente minutes, des soins d'une durée inférieure à vingt minutes peuvent être regardés comme équivalant à une absence de soins. Les honoraires d'un montant de 11 397,30 euros perçus pour les soins dispensés aux patients mentionnés au point 13, à l'exclusion du patient 14, doivent donc être regardés comme abusifs. Les faits mentionnés au point 14, font apparaître que lorsque le patient concerné effectuait ses exercices pendant 1 heure sur les machines du plateau technique, 6 personnes en moyenne y étaient présentes. Cela révèle des soins individuels d'une durée inférieure à vingt minutes, dès lors réalisés dans des conditions telles qu'alors même qu'ils ont été effectivement pratiqués, ils équivalent à une absence de soins. Dans l'ignorance de la répartition de l'attention de M. X. entre les patients, il n'y a pas lieu de considérer comme abusifs l'ensemble des honoraires perçus pour ces séances, mais il convient d'apprécier le montant de ces honoraires de façon forfaitaire, plus favorable au professionnel, en considérant comme équivalant à une absence de soins les séances effectuées pour les patients au-delà de trois présents. Dès lors, la moitié des honoraires perçus par M. X. pour le patient 10 doivent être regardés comme abusifs, soit 732,72 euros.

24. Les faits mentionnés aux points 9, 10, 18 et 19 ne pouvant être qualifiés d'abus d'honoraires au sens des dispositions précitées du 4° de l'article L. 145-5-2, même s'ils peuvent donner lieu au remboursement d'indus, M. X. devra rembourser à la Caisse primaire d'assurance-maladie un total de 14 182,73 euros.

Sur l'exécution de la sanction :

25. Il résulte de l'instruction et des pièces produites non contestées par la caisse primaire d'assurance maladie que M. X. a exécuté la décision en date du 17 mai 2024 de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes prononçant à son encontre la sanction d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de douze mois, dont six mois assortis du sursis pour la partie non couverte par le sursis à la date de prise d'effet de l'exécution de la sanction prononcée, fixée au 1^{er} septembre 2024 et s'y est conformé jusqu'à son terme fixé au 28 février 2025. En conséquence, dans les circonstances de l'espèce, il n'y a pas lieu de fixer de nouvelle période d'exécution s'agissant de la sanction décidée au point 21 de la présente décision.

DECIDE :

Article 1^{er} : La sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an, dont six mois assortis du sursis, décidée en première instance, est confirmée.

Article 2 : M. X. reversera à la caisse primaire d'assurance-maladie de l'Isère la somme de 14 182,73 euros.

Article 3 : La décision attaquée est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 : Le surplus des conclusions de M. X. est rejeté.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à M. X., au médecin-conseil, chef de service de l'échelon local du service médical de l'Isère, à la directrice de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie de l'Isère, au directeur de l'agence régionale de santé de la région Auvergne-Rhône-Alpes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la région Auvergne-Rhône-Alpes, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de l'Isère, à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées et à la ministre de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la souveraineté alimentaire.

Copie pour information en sera délivrée à Me Nicolau.

Ainsi fait et délibéré par Mme MONCHAMBERT, Conseillère d'Etat honoraire, Présidente suppléante, M. LEMERLE, membre titulaire et Mme VINCENT, membre suppléant, désignés par le Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ; Mme le Dr DANCOISNE et Mme le Dr ARVIS-SQUARE, membres suppléants, nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

LA CONSEILLERE D'ETAT HONORAIRE
PRESIDENTE 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.