

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

99 rue du Cherche-Midi -75006-Paris

N°002-2024 Mme X. c. CPCAM des Bouches-du-Rhône

Décision rendue publique par affichage le 28 novembre 2025

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

La caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône a porté plainte le 27 septembre 2021 devant la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse contre Mme X., masseuse-kinésithérapeute.

Par une décision 09-2021 du 4 avril 2024, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a infligé à Mme X. la peine de l'interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux et l'a condamnée à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 81 780,20 euros.

Procédure devant la chambre disciplinaire nationale :

Par une requête enregistrée le 22 avril 2024, sous le numéro 002-2024, au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, complétée par un mémoire enregistré le 20 mars 2025, Mme X. représentée par Me Philippe Carlini demande, dans le dernier état de ses écritures, l'annulation de la décision de la Chambre de première instance et le rejet de la demande de condamnation sur la base statistique erronée formulée par la Caisse à hauteur de 81 780,20 euros ainsi que la déduction des indus déjà prélevés qui font double emploi avec les sommes réclamées.

Mme X. soutient que :

- elle a fait l'objet d'un contrôle et a été auditionnée le 12 janvier 2021, puis le 18 mars 2021 et ce n'est que par le courrier du 25 mai 2023, soit plus de deux ans après le contrôle, qu'elle apprend l'existence de la présente procédure ;

- en l'état de la prescription de deux ans prévue à l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale, les indus ne peuvent être demandés qu'à compter du 27 septembre 2019 eu égard à la date d'enregistrement de la requête le 27 septembre 2021 ;
- en reprenant l'analyse des tableaux produits qui font état de la date des actes et non des dates de facturation, toute la période antérieure au 27 septembre 2019 ne peut être critiquée ce qui représente selon le décompte produit par la caisse une somme de 48 493,57 euros ;
- elle n'a pas dissimulé l'activité de sa collaboratrice et indiqué que c'est elle qui facturait l'intégralité des actes effectués par les deux professionnelles ;
- elle a indiqué qu'elle travaillait environ onze heures et demi par jour sur cinq jours par semaine plus quelques samedis et dimanches, notamment pour les gardes et les séances de kinésithérapie respiratoire et que sa collaboratrice exerçait de la même manière quand elle était en activité, ce qui conduit à un volume horaire journalier de 23 heures en moyenne ;
- dans ces conditions, la caisse ne peut pas déduire de sa seule analyse statistique qu'un certain nombre de soins n'aurait pas été faits et qu'ils n'auraient pas été conformes aux règles de l'art ;
- dans la mesure où il n'y a qu'une analyse statistique qui est proposée par la caisse, celle-ci devrait raisonner comme elle le fait traditionnellement selon ses propres dires en ne retenant pas plus de dix-sept heures de travail par jour et par kinésithérapeute, soit trente-quatre actes d'une demi-heure, ce qui représente pour le cabinet soixante-huit actes par jour ;
- si Mme Y. n'avait pas une situation administrative parfaitement régularisée elle était néanmoins compétente et diplômée ;
- il s'évince du propre raisonnement de la caisse que la somme réclamée pour 81 780,20 euros n'est pas justifiée et la caisse indique elle-même qu'elle n'a jamais émis d'indu ;
- la caisse n'a pas reçu de plaintes de patients dénonçant la qualité des soins pas plus que les instances ordinales ;
- elle n'a eu depuis le début de son activité libérale aucun litige de responsabilité professionnelle avec ses patients ;
- elle a peut-être manqué de vigilance quand Mme Y. lui a indiqué être en train de régulariser sa situation auprès de l'ordre, mais elle est pourtant convaincue de la qualité professionnelle de cette collaboratrice et de la valeur du diplôme présenté ;
- elle conteste toute notion de fraude ou de fausse déclaration et les rétrocessions d'honoraires ont été pratiquées selon les contrats passés et d'ailleurs communiqués dans le cadre du contrôle ;
- si le principe reste que le patient doit bénéficier d'un soin d'environ trente minutes, selon les cas il est possible de recevoir plusieurs patients ensemble si les matériels, les locaux, les pathologies et les conditions générales le permettent ;
- si la caisse indique que les dépositions de Mme X. seraient incontestables au motif qu'elles auraient été recueillies par un inspecteur agréé assermenté, elle ne produit aucun justificatif de l'agrément et du serment ;
- la caisse indique elle-même s'être désistée de son recours par courrier du 19 juillet 2022 et quand bien même ce désistement n'aurait pas été acté, cela ne change pas la nature du courrier adressé le 19 juillet ;
- par le courrier du 14 mars 2023 par lequel elle revient sur sa position, la caisse ne peut pas « maintenir » la requête qui juridiquement n'existe plus et en conséquence, il lui appartenait de présenter une nouvelle requête, ce qui n'a pas été fait ;
- si on considérait que cette correspondance du 4 mars 2023 constitue une nouvelle saisine, seuls les actes payés indument à partir du 14 mars 2020 pourraient être examinés ;
- le décompte n'a jamais fait l'objet d'une mise en demeure et ne peut asseoir une demande de condamnation disciplinaire, ni une demande en paiement, même faite à titre complémentaire devant la section assurances sociales ;
- au cours de la période objet du contrôle, elle a reçu des indus qui ont été prélevés et qui font double emploi avec la somme demandée, ce qui conduit à déduire les montants (déjà payés) de la réclamation totale.

Par des mémoires enregistrés le 20 juin 2024 et le 22 avril 2025, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône conclut, dans le dernier état de ses écritures, à ce que la juridiction confirme la sanction prononcée par la décision attaquée ainsi que le montant de la condamnation de 81 780,20 euros au titre des remboursements effectués par l'organisme.

La caisse soutient que :

- la reconstitution de l'agenda de Mme X., en tenant compte des propres déclarations de l'intéressée sur ses horaires de travail et en ne retenant que les actes de rééducation liés à une durée de séance de l'ordre de 30 minutes (AMK/AMS/AMC 7, 7.5, 7.6, 9, 9.5 et 10) a permis de constater que sur les 404 journées facturées sur la période contrôlée, 302 remplissaient le grief de non-respect de la durée des séances, dont 251 journées à plus de 33 actes par jour, 186 journées à plus de 44 actes par jour, et des journées allant jusqu'à 111 actes ;
- cette reconstitution démontre que la durée des soins de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, de l'ordre de trente minutes, n'a pu qu'être substantiellement inférieure à celle prévue par les règles en vigueur ;
- la requête informatique, issue du Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM), relative à tous les actes remboursés à ce masseur-kinésithérapeute, a permis de cibler tous les actes facturés par cette dernière à la caisse, pendant la période de contrôle ;
- contrairement à ce que l'appelante affirme, le détail des actes par journée a été communiqué via le tableau de préjudice et la requête agenda ce qui a pour conséquence qu'aucun doute ne peut peser sur les données communiquées ;
- la caisse n'a pas auditionné la patientèle dans la mesure où cela n'était pas nécessaire à la caractérisation du grief relatif au non-respect de la durée des séances ;
- contrairement à ce qu'affirme l'appelante, la durée de la prescription applicable est de trois ans ;
- la période de préjudice s'étend du 28 février 2019 au 25 janvier 2021 (dates de facturation) pour des actes réalisés du 26 novembre 2018 au 11 mars 2020 et n'est pas affectée par la prescription triennale eu égard à la date d'enregistrement de la requête ;
- la requête agenda mentionne bien la date de facturation dans l'avant dernière colonne du tableau "DATE_FACT" ;
- le procès-verbal de l'audition a été signée par la professionnelle qui a en connaissance de cause, répondu aux questions posées ;
- il est rappelé que par un courrier en date du 07 juillet 2022, le secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a fait part à la caisse de la radiation du tableau de l'ordre de la professionnelle en date du 1^{er} avril 2022 pour motif de retraite, ce qui l'a conduite à faire un courrier de désistement ;
- par courrier en date du 16 février 2023, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a informé la caisse qu'aucune ordonnance de désistement n'était intervenue et de la réinscription au tableau de l'ordre de l'intéressée en tant que salariée, ce qui l'a conduite à maintenir sa plainte ;
- s'agissant de l'activité de sa collaboratrice, il y a des contradictions entre ses déclarations lors de l'audition et la requête d'appel en ce qui concerne le partage des honoraires ;
- il ressort des documents fournis par le Trésor Public, qu'entre 2017 et 2019 Mme X. n'a rétrocédé au total que 4134,00 euros, ce qui est très éloigné des 70% évoqués dans la requête d'appel ;
- les actes tels que répertoriés dans la requête de facturation issue du Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM) retenus lors du contrôle lui sont donc quasi exclusivement imputables et Mme X. ne saurait évoquer sa collaboration avec Mme Y., qui plus est illégale, pour justifier le volume des actes facturés ;

- elle fait une lecture erronée de la jurisprudence, compte-tenu de l'amplitude horaire déclarée lors de son audition, en estimant qu'elle pouvait facturer jusqu'à soixante-huit actes par jour ;
- elle a bénéficié d'une lecture très souple de son amplitude horaire quotidienne de travail de la part de la caisse qui n'a retenu au titre du préjudice que les actes allant au-delà de 22 actes par jour en excluant tous les actes non liés à une durée de séance égale à trente minutes, toutes les indemnités forfaitaires de déplacements, toutes les majorations pour actes réalisés les dimanches et jours fériés ;
- quand bien même sa collaboration avec Mme Y. serait légale et effective telle qu'alléguée, le nombre maximal d'actes facturable par jour ne saurait excéder quarante-quatre ;
- les trente minutes prévues par la NGAP n'ont donc jamais été respectées alors qu'il s'agit d'une obligation réglementaire, consacrée à plusieurs reprises par la jurisprudence ;
- le préjudice subi s'élève à la somme de 81 780,20 euros correspondant à la totalité des remboursements ciblés au cours de la période étudiée à raison du non-respect de la durée des séances ;
- Mme X. exerce la profession de masseur-kinésithérapeute à titre libéral depuis le 08 septembre 1982 et ne peut donc invoquer une méconnaissance des textes réglementaires ;
- il est justifié de la production de l'agrément de M. P., signé par le directeur général de la Caisse nationale d'assurance Maladie ainsi que du procès-verbal de prestation de serment ;
- la demande de trop remboursé étant fondée sur l'article L. 145-2 4 du code de la sécurité sociale, la caisse n'avait aucune obligation de mise en demeure ;
- le montant de remboursement sollicité constitue des honoraires abusifs, dans la mesure où, même s'ils ont été effectués, ils l'ont été dans des conditions équivalant à une absence de soins ;
- les allégations de l'appelante suivant lesquelles des sommes indues auraient été restituées lors de la période de contrôle sont totalement fallacieuses.

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 :

- M. Roger-Philippe Gachet en son rapport ;
- Les observations de Me Cédric Lecomte-Swetchine se substituant à Me Philippe Carlini et de Mme X. nn, celle-ci étant dument informée de son droit de se taire ;

- Les observations de Me Sophie Tassel pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

Me Lecomte-Swetchine et Mme X. ayant été invités à prendre la parole en dernier.

Après en avoir délibéré,

Considérant ce qui suit :

1. A la suite d'un contrôle de l'activité de Mme X. , masseur-kinésithérapeute portant sur les actes effectués par elle du 26 novembre 2018 au 11 mars 2020, une plainte a été déposée le 27 septembre 2021 par le directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse. Mme X. fait appel de la décision du 4 avril 2024, par laquelle les premiers juges lui ont infligé la sanction de l'interdiction permanente de dispenser des soins aux assurés sociaux et l'ont condamnée à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 81 780,20 euros.

Sur la recevabilité de la plainte :

2. 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. (...)* »

3. Il ressort des pièces du dossier que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil interrégional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a été saisie le 27 septembre 2021 pour des actes facturés par Mme X. du 7 janvier 2019 au 25 mai 2020 dont il est constant qu'ils n'étaient pas atteints par la forclusion prévue par l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale qui, contrairement à ce que soutient l'appelante, n'intervient qu'à l'expiration d'un délai de trois ans. A l'appui de sa contestation, Mme X. se prévaut de la circonstance que postérieurement à la saisine de la juridiction, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône a adressé le 19 juillet 2022 au secrétariat de la section, un courrier par lequel elle l'informait de ce qu'au regard de la radiation de la professionnelle du tableau de l'ordre, elle entendait se désister dans le cadre de cette affaire et soutient qu'elle ne saurait être poursuivie dès lors que la plainte n'avait plus d'existence juridique malgré le courrier postérieur en date du 4 mars 2023 par lequel la caisse a informé la section du maintien de la plainte initiale. Contrairement à ce que soutient l'appelante, seule une décision juridictionnelle donnant acte du désistement a pour effet de clore l'instance. Il est constant qu'à la date du 4 mars 2023 lorsque la caisse ayant pris connaissance de la réinscription de Mme X. au tableau de l'ordre a indiqué à la section revenir sur sa décision précédente, aucune décision donnant acte du désistement formulé le 19 juillet 2022 n'était intervenue. Dans ces conditions, les

éventuelles fautes, abus ou fraudes commis à l'occasion des facturations intervenues sur la période du 7 janvier 2019 au 25 mai 2020 n'étaient pas atteints par la forclusion prévue par l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale.

Sur la régularité de la procédure de contrôle préalable :

4. Aux termes de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable au litige : « *Les directeurs des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale ou du service des allocations et prestations mentionnées au présent code confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils et auditeurs comptables peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire. (...)* ». L'obligation d'agrément et d'assermentation prescrite par ce texte ne s'applique aux agents qui procèdent, sur le fondement de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, au contrôle de l'application des règles de tarification ou de facturation par un professionnel de santé que lorsqu'ils mettent en œuvre des prérogatives de puissance publique. Tel est le cas notamment lorsqu'ils procèdent à une audition.

5. Il résulte de l'instruction que M. P., agent de la caisse primaire nationale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône qui a participé à l'enquête administrative concernant l'activité de Mme X., a été autorisé provisoirement à exercer les fonctions d'agent de contrôle par le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie à compter du 9 juillet 2018 et a prêté serment le 12 septembre 2018 devant la première vice-présidente du Tribunal d'instance de Marseille. Sur demande du directeur de la caisse, cet agent a été agréé pour effectuer des missions de contrôle des législations de sécurité sociale à compter du 23 juillet 2019 par le directeur général de la caisse primaire nationale d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'arrêté du 5 mai 2014 fixant les conditions d'agrément des agents chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale et de certaines dispositions du code du travail alors applicables.

Sur les faits reprochés à Mme X.:

6. 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" [...]* ».

7. Selon l'article 5 des dispositions générales 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 ». Selon les 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, l'article premier -Traitements de groupe I énonce que « 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. » L'article 2 - Traitements conduits en parallèle de plusieurs patients 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. (...) ». Ces dispositions ont pour objet de favoriser la qualité des soins en instituant une durée minimale approximative pendant laquelle un professionnel doit se consacrer à son patient.

8. Il résulte des pièces du dossier que l'analyse de l'activité de Mme X. a fait apparaître que pour les années 2017 et 2018, le montant des soins qui lui a été remboursé s'est élevé à respectivement à 232 662 euros et 232 229 euros soit un montant trois fois supérieur à la moyenne régionale de 2017 soit 63645 euros et de 2018 soit 63 305 euros. La facturation des actes en AMS est pour l'année 2017 de 4.53 fois et pour l'année 2018 de 4.55 fois supérieure aux moyennes régionales observées pour cette catégorie d'actes pour chacune des deux années. Quant à la facturation des AMK, elle est en 2017 de 1.84 fois supérieure et en 2018 de 1.89 fois supérieure aux moyennes régionales observées pour cette catégorie d'actes pour chacune des deux années. Pour l'année 2019, sa facturation s'est opérée en majorité en AMS pour un volume de 110710 actes alors que la moyenne régionale est de 24673 actes, de 4.49 fois supérieur à cette moyenne, que sa facturation en AMK comportait un volume de 12892 actes alors que la moyenne régionale s'établit à 7537 actes de 1.71 fois supérieur à cette moyenne, et que le montant des soins qui lui a été remboursé s'est élevé à 227 474 euros frais de déplacement inclus, soit un montant de 3.6 fois supérieur à la moyenne régionale de 63 273 euros. Il a également constaté que Mme X. facture majoritairement – à hauteur de 96,46% - en mode dégradé sans la carte Vitale des patients avec un délai de facturation moyen de 168 jours.

9. La reconstitution de l'agenda de Mme X., en tenant compte de l'amplitude horaire de travail de onze heures trente en semaine, d'une activité ponctuelle les samedi et dimanche lors de gardes pour la kinésithérapie respiratoire déclarée lors de l'audition pour une activité au cabinet et à domicile et des seuls actes de rééducation liés à une durée de séance de l'ordre de trente minutes (AMK/AMS/AMC 7, 7.5, 7.6, 9, 9.5 et 10), a fait ressortir sur les 404 journées facturées sur la période, 302 journées correspondant à 8328 actes en anomalie, soit plus de 74%, dont 251 journées comportent une facturation de plus de 33 actes par jour, 186 journées à plus de 44 actes par jour et des journées allant jusqu'à 111 actes.

10 Si Mme X. persiste à contester les modalités de calcul retenues par la caisse, elle ne peut utilement se prévaloir d'une amplitude théorique de dix-sept heures comme constituant la durée maximale d'activité journalière acceptable dès lors qu'il appartient au juge du contrôle technique de déterminer pour chaque instance qui lui est soumise, si le nombre global d'actes effectués par l'intéressé au cours d'une même journée révèle l'existence d'actes effectués dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins. Si elle soutient

ensuite qu'il y avait lieu de prendre en compte la part d'activité correspondant à celle de sa collaboratrice, cet argument n'est pas de nature à l'exonérer de sa responsabilité au regard des volumes horaires en cause dès lors qu'elle a engagé une personne qui n'avait effectué aucune démarche auprès des autorités françaises pour être autorisée à exercer, ni auprès du conseil de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes pour être enregistrée, et dont le diplôme délivré en 2001 par les autorités ukrainiennes n'a jamais été validé par les autorités compétentes nationales, ce qui est constitutif d'un exercice illégal de la masso-kinésithérapie. Au demeurant, elle ne conteste pas de façon probante les affirmations de la caisse selon lesquelles elle n'a, entre 2017 et 2019, rétrocédé à cette personne qu'un montant de 4 134 euros sur l'ensemble de la période, ces montants résultant des informations communiquées par le Trésor public. Dans ces conditions, la reconstitution d'activité à laquelle la caisse a procédé démontre que le grand nombre de patients pris en charge sur la période en cause, ne lui permettait pas d'assurer le niveau de qualité de soins exigé par les dispositions précitées de la nomenclature générale des actes professionnels pour les soins remboursés par l'assurance-maladie.

Sur la sanction :

11 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°. (...) ».*

12 En premier lieu, les faits retenus au point 10 ont le caractère de fautes et abus susceptibles de valoir à Mme X. le prononcé d'une sanction. Au regard de leur nature, de leur ampleur et de leur répétition, les premiers juges n'ont pas fait une inexacte appréciation de leur gravité en prononçant à l'encontre de Mme X. qui exerçant la profession de masseur-kinésithérapeute à titre libéral depuis le 08 septembre 1982 ne saurait invoquer une méconnaissance des textes réglementaires et qui au demeurant, a déjà fait l'objet d'un avertissement en date du 18 juin 2018 par le service des affaires contentieuses particulières de la caisse notamment à raison de la facturation d'actes non réalisés, la sanction de l'interdiction permanente du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux.

13 En second lieu, constituent des honoraires abusifs au sens de l'article L. 145-5-2, précité du code de la sécurité sociale ceux qui sont réclamés pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins. A l'instar des autres sanctions énumérées au dit article, aucune disposition législative ou réglementaire ne conditionne, contrairement à ce que soutient Mme X. , le prononcé de la sanction de reversement à un organisme de sécurité sociale qui constitue une prérogative du juge du contrôle technique, à la formalité préalable de la mise en demeure qui constitue une phase de la procédure administrative de la procédure de mise en recouvrement définie à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. En l'espèce, les faits mentionnés au point 9 révèlent l'existence d'actes réalisés dans des conditions telles qu'alors même qu'ils ont été effectivement pratiqués, ils équivalent à une absence de soins, pour lesquels ont été facturés des honoraires abusifs. Les griefs retenus au point 9 de la présente décision constituent, en ce qu'ils concernent 4704 actes correspondant à des journées à plus de 34 patients, des abus d'honoraires ayant engendré un préjudice à raison des prestations indument servies soit un montant de 46 692.85 euros. . En conséquence, il convient de

condamner Mme X. au reversement de ladite somme à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

DECIDE :

Article 1^{er} : La sanction d'interdiction permanente prononcée par la décision 09-2021 du 4 avril 2024 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse est confirmée.

Article 2 : La sanction d'interdiction permanente mentionnée à l'article 1^{er} de la présente décision prendra effet le lundi 30 mars 2026 à 0 heures.

Article 3 : Mme X. versera à la Caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 46 692.85 euros au titre des abus d'honoraires.

Article 4 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période de deux mois à compter de la date d'effet de la sanction mentionnée à l'article 2.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à Mme X. , au directeur de la caisse primaire centrale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône, au directeur de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées.

Copie pour information en sera délivrée à Me Carlini et Me Tassel.

Ainsi fait et délibéré par Mme MONCHAMBERT, Conseillère d'Etat honoraire, Présidente suppléante, M. GACHET et M. LEMERLE, membres titulaires, 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.