

**LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DU CONSEIL
REGIONAL DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES
AUVERGNE-RHÔNE-ALPES**

Audience publique du 21 octobre 2025

**REPUBLIQUE FRANÇAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Décision rendue publique le 13 novembre 2025
Affaire SAS n° 2024-01

Vu la procédure suivante :

Par une plainte et deux mémoire, enregistrés les 18 novembre 2024 et 17 avril et 13 juin 2025, l'échelon local du service médical de la Haute-Loire, demande à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes :

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

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

L'échelon local du service médical soutient que :

- M. X. facture plus de deux fois l'activité qui ressort du référentiel régional, pour la période contrôlée qui porte sur la période du 1^{er} janvier 2020 au 21 décembre 2022 ;
- les griefs énoncés à l'encontre de M. X. sont :
- facturation de séances assurées par un salarié non compétent : 1 dossier, 8 anomalies,
- non-respect de la NGAP sur la facturation d'actes : 5 dossiers, 142 anomalies,
- absence de Demande d'Accord Préalable : 1 dossier, 26 anomalies,
- non-respect de la prescription quantifiée : 2 dossiers, 15 anomalies,
- non-respect de la prescription : 8 dossiers, 117 anomalies,
- utilisation d'ordonnances obsolètes : 2 dossiers, 5 anomalies,
- non-respect de la durée des séances : 17 journées, 668 anomalies,
- facturation avec exonération du ticket modérateur non conforme : 1 dossier, 12 anomalies ;
- le préjudice total subi par l'Assurance Maladie s'élève à 15 234,85 euros ;
- l'argument de non-respect du contradictoire n'est pas fondé ;
- il est inexact de dire que les patients ont été convoqués par le contrôle médical sous des prétextes fallacieux ;
- M. X. n'établit pas une atteinte grave et irrémédiable à ses droits à défense ;
- les avis mentionnés dans Doctolib sont postérieurs à la période contrôlée.

Par deux mémoires, enregistrés les 13 février et 15 mai 2025, M. X., représenté par Me Auché, conclut au rejet de la plainte.

Il soutient que :

- les faits reprochés sont sans caractère de gravité et ne justifient pas de sanction, encore moins de sanction d'interdiction d'exercer ;
- il n'a pas d'antécédents de sanction ou de mise en garde ;
- son professionnalisme, ses compétences et la qualité de ses soins ne sont pas sujets à débat ;
- sur 93 dossiers contrôlés, seuls 18 ont été retenus ;
- le service du contrôle médical a méconnu le principe du contradictoire en ne lui transmettant pas, malgré sa demande, les comptes rendus d'audition des patients ;
- les patients ont été convoqués pour des motifs fallacieux ;
- les griefs qui lui sont adressés ne sont pas caractérisés ni fondés ;
- il existe un amalgame entre thérapie manuelle orthopédique et ostéopathique ;
- l'ordonnance n'a pas de date limite de validité ;
- les faits antérieurs au 18 novembre 2021 ne sont pas invocables, compte tenu de la prescription ;
- un seuil maximal de 45 actes est admis pour une journée de 15 heures, pour une durée moyenne de 20 minutes ;
- la facturation en exonération du ticket modérateur dans le dossier n°10 est une simple erreur ;
- les patients ont été informés de l'activité de massage-bien-être de son épouse ;
- la technique du rouleau n'est pas exclusive du drainage lymphatique manuel.

Par ordonnance en date du 15 mai 2025, la clôture de l'instruction a été fixée au 13 juin 2025.

Vu les pièces produites et jointes au dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- la nomenclature générale des actes professionnels.

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

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. Gomichon,
- les observations de Mme le Dr Chantre, représentant le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical,
- et les observations de Me Chauvet, pour M. X. et de M. X.

Après en avoir délibéré secrètement conformément à la loi.

Considérant ce qui suit :

1. M. X. est masseur-kinésithérapeute. Il est installé à (...), où il exerce également l'activité d'ostéopathe. Il fait l'objet d'une plainte de l'échelon local du service médical de la Haute-Loire de l'assurance maladie. Son épouse assure le secrétariat du cabinet et exerce à la même adresse une activité de massage-bien-être.

Sur la régularité de la procédure :

2. M. X. déplore qu'aucun avertissement préalable ne lui a été adressé, que les patients rencontrés par le médecin de l'assurance maladie n'aient pas été interrogés sur la qualité des soins qu'il leur a dispensés, que ces patients lui ont déclaré avoir été convoqués pour un motif fallacieux. M. X. soutient aussi qu'il n'a pu avoir communication des procès-verbaux d'audition avant l'entretien confraternel avec le médecin du contrôle médical le 28 décembre 2023.

3. Aux termes du premier alinéa du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, dans sa version applicable au litige : « (...) *La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret* ». En application de ces dispositions, le décret du 1^{er} février 2007 a précisé les modalités de l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2 de ce code et les suites attachées à cette procédure, par des dispositions insérées aux articles D. 315-1 à D. 315-3. Aux termes de l'article D. 315-2 : « *Préalablement à l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés. / Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui est adressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au professionnel de santé dans un délai de quinze jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé* ». Aux termes de l'article D. 315-3 : « *A l'expiration des délais prévus au second alinéa de l'article D. 315-2 ou, à défaut, à l'expiration du délai d'un mois mentionné à l'article R. 315-1-2, la caisse informe dans un délai de trois mois le professionnel de santé des suites qu'elle envisage de donner aux griefs initialement notifiés. A défaut, la caisse est réputée avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé* ».

4. Si le respect de ces exigences procédurales par le service du contrôle médical pendant la phase d'analyse préalable à la saisine de la juridiction du contrôle technique ne constitue pas une condition de recevabilité de la plainte et si cette phase d'analyse préalable ne constitue pas un élément de la procédure suivie devant la juridiction, de sorte que l'éventuelle irrégularité de cette phase préalable ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité la procédure juridictionnelle, le professionnel de santé poursuivi devant la juridiction du contrôle technique peut toujours se prévaloir de circonstances antérieures à l'engagement des poursuites disciplinaires de nature à affecter la régularité de la procédure juridictionnelle suivie ou le bien-fondé de la sanction susceptible d'être infligée. En particulier, il peut utilement faire valoir que, pendant la phase d'analyse préalable, il aurait été porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase d'analyse préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

5. Il résulte de l'instruction que, par une lettre du 12 septembre 2022, M. X. a reçu communication de la liste des patients que le service médical envisageait d'entendre. Ce professionnel a, en outre, été informé par lettre du 3 octobre 2023, préalablement à l'entretien contradictoire du 28 décembre 2023, des faits reprochés et de l'identité des patients concernés. Il ne résulte par ailleurs d'aucun principe ni d'aucun texte que le service médical ait à communiquer préalablement à l'examen contradictoire l'ensemble des éléments ayant permis le constat des anomalies, notamment les dossiers médicaux, les copies des actes et les référentiels médicaux sur lesquels s'est fondé le contrôle. Il en va de même à ce stade des procès-verbaux d'audition des patients qui, au surplus, étaient à sa disposition lors de l'entretien contradictoire, ce dont il a attesté par sa signature sur le PV d'entretien.

6. M. X. n'allègue pas avoir subi, pendant la phase d'analyse préalable, une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase d'analyse préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte. Au contraire, il conclut que les circonstances invoquées n'ont pas entaché la plainte d'irrecevabilité.

Sur les griefs :

7. Aux termes de l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale : « *Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des (...) masseurs-kinésithérapeutes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance (...) des masseurs-kinésithérapeutes dite « section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance » (...)* ».

8. Le médecin conseil régional de la direction régionale du service du contrôle médical a, d'abord, constaté une distorsion significative entre l'activité de M. X. et celle des masseurs-kinésithérapeutes dans la région. Ainsi pour un nombre moyen d'actes facturés de 3051 actes dans la région, M. X. facturait 8244 actes. Par ailleurs, sur la période examinée, M. X. avait eu 17 journées au cours desquelles il avait facturé des actes pour plus de 40 patients.

9. A l'issue de l'enquête, le médecin conseil a retenu 8 griefs tous inclus dans la période non prescrite : facturation de séances réalisées par un salarié non masseur-kinésithérapeute : 1 dossier, 8 anomalies ; non-respect de la NGAP sur la facturation d'actes : 5 dossiers, 142 anomalies ; absence de Demande d'Accord Préalable : 1 dossier, 26 anomalies ; non-respect de la prescription quantifiée : 2 dossiers, 15 anomalies ; non-respect de la prescription : 8 dossiers, 117 anomalies ; utilisation d'ordonnances obsolètes : 2 dossiers, 5 anomalies ; non-respect de la durée des séances : 17 journées, 668 anomalies ; facturation avec exonération du ticket modérateur non conforme : 1 dossier, 12 anomalies. Le médecin conseil a chiffré le préjudice pour l'assurance maladie à 15 234,85 euros. La Caisse primaire d'assurance maladie ne s'est pas associée à la plainte du contrôle médical pour en demander le remboursement.

En ce qui concerne la facturation de séances réalisées par un salarié non masseur-kinésithérapeute :

10. Le médecin conseil, se fondant sur les déclarations d'un patient, fait grief à M. X. d'avoir facturé à l'assurance maladie, non pas des soins de kinésithérapie, mais des massages bien-être réalisés par Mme X. M. X. explique que son épouse a effectivement réalisé des massages bien-être pour ce patient, mais que les actes facturés à l'assurance maladie correspondent aux soins qu'il a

lui-même dispensés. Selon les déclarations du patient, M. X. était assisté de sa collaboratrice pendant les soins, ce qui n'exclut pas que le masseur-kinésithérapeute aura dispensé lui-même des soins qu'il pouvait donc facturer. Le grief n'est donc pas caractérisé.

En ce qui concerne non-respect de la NGAP sur la facturation d'actes :

11. M. X. a facturé à l'assurance maladie des séances de drainage lymphatique pratiqués sur des patients n'ayant aucun antécédent sénologique, ni vasculaire. Selon le médecin conseil de l'assurance maladie, ce grief concerne 5 dossiers et 142 anomalies. M. X. ne conteste pas que ces patients ne présentaient aucun antécédent sénologique, ni vasculaire, tels qu'ils sont définis au Titre XIV – Actes de rééducation et de réadaptation fonctionnelles – chapitre II – traitements individuels de rééducation et de réadaptation fonctionnelles, article 7. M. X. se borne à se prévaloir de l'article 5 C de la NGAP, aux termes duquel : *« 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 »*. Ce moyen est inopérant, dès lors que les soins, s'ils peuvent être faits, ne sont pas au nombre de ceux qui ouvrent droit à un remboursement par l'assurance maladie. Par suite, le grief doit être retenu.

En ce qui concerne le grief du défaut de demande d'accord préalable :

12. Le patient visé (dossier 26) était pris en charge pour lombalgies. M. X. affirme que ce patient présentait également des radiculalgies, cas où la demande d'accord préalable n'est pas requise pour poursuivre les soins au-delà de 15 séances. Toutefois la prescription médicale portait sur une rééducation du rachis lombaire et des MI, sans préciser qu'il existait une radiculalgie. La circonstance que la patient, pompier professionnel a attesté qu'il a ressenti à plusieurs reprises des douleurs dans la jambe, n'est pas suffisante. De surcroît M. X. n'a pas produit un BDK qui aurait pu préciser la pathologie. Faute de tels documents, M. X. devait adresser une demande d'accord préalable à l'assurance maladie, pour les séances au-delà de 15. Le grief est donc établi pour les séances excédant les 15 premières.

En ce qui concerne le non-respect de la prescription quantifiée :

13. M. X. ne conteste pas avoir réalisé des séances de soins au-delà du nombre prescrit par le médecin. Ce grief porte sur deux dossiers et 15 actes. M. X. explique que son épouse aurait commis une erreur de saisie. Le grief est établi.

En ce qui concerne le non-respect de la prescription :

14. Le médecin conseil de l'assurance maladie soutient qu'en lieu et place d'actes de masso-kinésithérapie, M. X. a pratiqué sur certains patients (8 dossiers, 117 cas) des actes non mentionnés dans la NGAP, principalement des actes de digitoponctions, sans lien avec la prescription. Le grief concerne la prise en charge des patients 10, 16, 17, 19, 20, 21, 22 et 23. Il résulte de la comparaison entre les prescriptions des médecins et des pratiques déclarées par les patients entendus par le médecin conseil que M. X. n'a pas tenu compte des prescriptions dans les dossiers 10, 16, 17, 19, 20, 21, 22 (uniquement la première séance). En revanche, pour le patient n°23, M. X. a fait un « massage

actif du coude », avant de masser son pouce. Dans le cas de ces patients qui présentaient généralement des douleurs du rachis lombaire, le masseur-kinésithérapeute s'occupait principalement de la tête ou des cervicales du patient, ignorant ainsi la prescription. Le grief est donc établi.

En ce qui concerne l'utilisation d'ordonnances obsolètes :

15. L'assurance maladie a constaté que M. X. continuait à pratiquer des soins sur des patients sur la base d'ordonnances de plus d'un an (151 séances facturées, dont 29 sur la base de prescriptions antérieures de 18 mois). Si M. X. soutient que les ordonnances n'ont pas de date limite de validité, il ne produit pas de BDK justifiant la poursuite des soins, en accord avec le médecin prescripteur. Le grief est établi.

En ce qui concerne la durée des séances :

16. 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* ».

17. En vertu des dispositions préliminaires du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Sauf exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes* ».

18. Le médecin conseil de l'assurance maladie fait grief à M. X. que sur 17 journées incluses dans la période d'analyse, le masseur-kinésithérapie aurait pris en charge 40 patients. M. X. ne conteste pas cette activité mais estime qu'elle est dans la limite de l'acceptable, selon ce que jugerait la chambre disciplinaire nationale, en retenant un temps minimum de 20 minutes auprès du patient, ce qu'il assurerait en travaillant 15 heures par jour. Il n'en reste pas moins que le grand nombre de patients pris en charge pendant ces journées ne permettait pas à M. X. d'assurer le niveau de qualité de soins exigé par les dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels pour les soins remboursés par l'assurance maladie, laquelle suppose, sous réserve de quelques exceptions, que le masseur-kinésithérapeute dispense ses soins à chaque patient individuellement pendant une durée de l'ordre de 30 minutes. Il n'est pas justifié que les patients pris en charge au cours de ces 17 journées, présentaient un état exigeant que, par exception, la durée des soins qui leur a été dispensée, soit pour tous inférieure à 30 minutes. Le grief est donc établi.

En ce qui concerne la facturation à l'assurance maladie en l'absence d'exonération du ticket modérateur :

19. M. X. ne conteste pas le grief et soutient qu'il s'agit d'une erreur. Le grief est établi pour 12 cas.

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... 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 précédents constituent des fautes, abus ou fraude, qu'il y a lieu de sanctionner, à l'exception du point 19, concernant tous les actes dispensés à un seul patient, qui ne bénéficiait pas de l'exonération du ticket modérateur, ce qui a pu résulter d'une erreur. Toutefois, il résulte des échanges au cours de l'audience que M. X. a d'ores et déjà pris en compte les reproches qui lui ont été faits en réduisant son activité. Dans les circonstances de l'espèce, il sera fait une juste appréciation de sa responsabilité en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois, entièrement assortie du sursis. En outre, conformément aux dispositions précitées, il y a lieu de prévoir la publication de la présente décision par affichage dans la partie ouverte au public des locaux de la caisse primaire d'assurance-maladie de la Haute-Loire pendant une durée d'un mois.

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 de trois mois, intégralement assortie du sursis.

Article 2 : La publication de cette décision sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Loire, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période d'un mois à compter du 1^{er} février 2026.

Article 3 : La présente décision sera notifiée, conformément aux dispositions de l'article R. 145-45 du code de la sécurité sociale :

- à M. X.,
- au Service du contrôle médical,
- à M. le directeur de la CPAM de la Haute-Loire,
- au Conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Haute-Loire,
- au Conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,
- au Directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes,
- au Ministre chargé de la sécurité sociale,
- à la Ministre chargée de la santé,
- au Ministre chargé de l'agriculture.

Article 3 : Une copie de la présente décision sera notifiée au directeur général de la Mutualité sociale agricole Auvergne (Allier, Cantal, Haute-Loire et Puy-de-Dôme).

Article 4 : Le délai pour faire appel de la présente décision est de deux mois à compter de la notification aux intéressés.

Ainsi fait et délibéré par Mme Wolf, présidente honoraire du corps des tribunaux administratifs et cours administratives d'appel, présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes, Mme le Docteur Véronique Blanc, M. le Docteur Xavier Tauzin, M. Denis Gomichon et M. Thierry Delapierre, assesseurs de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes d'Auvergne-Rhône-Alpes.

La présidente de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance
du conseil régional de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes

Annick Wolf

Le secrétaire de la section des assurances sociales

Yoan Saunier

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