



**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DE LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DE PREMIERE INSTANCE DE L'ORDRE
DES MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES
DES RÉGIONS PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR ET CORSE**
Villa d'Este – 15 avenue Robert Schuman – 13002 MARSEILLE

N° 08-2021

Caisse primaire d'assurance
maladie des Bouches-du-Rhône
c/ M. Y.

Audience publique du 22 février 2024

Jugement rendu public par affichage
au greffe le 4 avril 2024

Composition de la juridiction

Présidente :

Mme K. DURAN-GOTTSCHALK, magistrat au tribunal
administratif de Toulon ;

Assesseurs :

En qualité de représentants de l'ordre des masseurs-
kinésithérapeutes : Mme L. LENOBLE et M. S.
MICHEL, masseurs-kinésithérapeutes ;

En qualité de représentants des organismes d'assurance
maladie : Dr C. ALLIAUME pour le régime général et
Dr C. SANTIAGO pour la mutualité sociale agricole ;

Assistés de : Mme J. BRENCKLE, secrétaire.

Vu la procédure suivante :

Par une requête enregistrée le 23 avril 2021 sous le numéro 08-2021 au secrétariat 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, et des mémoires enregistrés le 18 janvier 2022, le 1^{er} août 2022 et le 6 décembre 2023, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) des Bouches-du-Rhône, sise 56 chemin Joseph Aiguier – 13297 Marseille cedex 9, dépose une plainte à l'encontre de M. Y., masseur-kinésithérapeute, exerçant (...), tendant à ce que lui soit infligée une sanction disciplinaire en application des dispositions de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, proportionnée à la gravité des griefs retenus à son encontre, soit une interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour un quantum important sans période de sursis, assortie d'une publication par voie d'affichage dans les locaux de la CPAM des Bouches-du-Rhône.

Elle soutient que :

- les pièces jointes à la plainte ont été transmises au secrétariat de la section des assurances sociales et le nombre, le volume et les caractéristiques de ces pièces ont fait obstacle à la production de copies, de sorte que la transmission des pièces s'est faite par voie dématérialisée, conformément à l'article R. 145-24 du code de la sécurité sociale ;
- le greffe n'a pas demandé que soient fournies des copies supplémentaires ;
- la procédure de recouvrement de l'indu est distincte de la présente procédure et il n'y a donc pas lieu de surseoir à statuer jusqu'à la décision du tribunal judiciaire ;

- le contrôle ayant été effectué dans le cadre d'une suspicion de fraude, la Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé ne s'applique pas ;
- en outre, le respect des règles de l'enquête préalable est sans influence sur la procédure suivie devant la section des assurances sociales et M. Y. peut produire toutes pièces qu'il jugera utiles ;
- les articles L. 315-1 et R. 315-1-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables au litige, l'enquête étant une enquête administrative encadrée par les articles L. 114-10, R. 114-17 et R. 114-18 du même code ;
- elle rapporte la preuve de l'agrément et de l'assermentation réguliers de l'agent qui a été chargé du contrôle ;
- le procès-verbal d'audition fait foi jusqu'à preuve du contraire ;
- même si certaines cases n'ont pas été cochées, chaque page de ce document a été signée par M. Y. ;
- M. Y. n'a pas respecté la durée des séances de l'ordre de 30 minutes, en méconnaissance de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- M. Y. ayant déclaré travailler du lundi au vendredi 10 heures maximum par jour, tous les actes au-delà de 22 par jour ont été retenus, en incluant seulement les actes pour lesquels la durée est fixée à 30 minutes et à l'exclusion des actes pratiqués par ses remplaçants ;
- ce grief représente un total de 107 journées correspondant à 1 307 actes en anomalie, soit un préjudice de 12 685,86 euros ;
- les actes retenus ne concernent que M. Y., son agenda et celui de ses remplaçants ayant été reconstitués ;
- M. Y. a transmis la liste des soins effectués par ses remplaçants entre le 1^{er} janvier 2019 et le 30 juin 2020, facturés sous son numéro ADELI ;
- les actes ont été extraits de la base issue du Système Informationnel de l'Assurance Maladie ;
- compte-tenu de ces statistiques, M. Y. ne peut avoir assuré des soins d'une durée de l'ordre de 30 minutes, et partant des soins de qualité ;
- M. Y. a travaillé simultanément avec ses remplaçants, méconnaissant ainsi l'article 4.2.1.b de l'avenant 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes et l'article R. 4321-107 du code de la santé publique ;
- aucun accord verbal du département des relations avec les professionnels n'a jamais été donné à M. Y. sur cette pratique ;
- elle a donc remboursé à tort les actes réalisés par les remplaçants, pour un montant total de 74 690,49 euros ;
- les deux remplaçants ont en outre commencé à prodiguer des soins avant la date officielle du remplacement, soit en l'absence de tout contrat.

Par des mémoires, enregistrés le 7 octobre 2021, le 27 juin 2022 et le 9 novembre 2023, M. Y., représenté par Me Baffert, conclut au rejet de la plainte.

Il fait valoir que :

- il convient de surseoir à statuer dans l'attente de la décision qui sera rendue par le tribunal judiciaire de Marseille sur l'action en remboursement de l'indu ;
- aucun texte n'autorisant le dépôt de pièces ni la transmission des pièces jointes à la plainte de manière dématérialisée, et le délai de 15 jours prévu par l'art R. 145-24 du code de la sécurité sociale étant expiré, la plainte est irrecevable ;

- à aucun moment, il n'a été invité à prendre connaissance de ces pièces au secrétariat de la chambre ;
- durant la procédure préalable, il n'a pas été informé de la possibilité d'être assisté par un membre de sa profession ou un avocat, ni des résultats de l'enquête, ni mis en capacité de formuler ses observations au cours d'un entretien contradictoire, en méconnaissance de la Charte du contrôle des activités des professionnels de santé et des articles L. 315-1 et R. 315-1-1 du code de la sécurité sociale ;
- la caisse doit apporter la preuve que l'enquêteur était agréé et assermenté conformément à l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale et à l'arrêté du 23 avril 2017 ;
- il n'a pas eu la possibilité de lire le procès-verbal et aucune lecture ne lui en a été faite avant qu'il le signe ;
- ce document doit donc être écarté des débats ;
- sur le fond, aucun texte ne fixe un plafond de travail par jour ou par mois et la durée de la séance n'est que de l'ordre de 30 minutes ;
- la caisse n'apporte pas la preuve qu'il lui a transmis la liste des soins pratiqués par ses remplaçants ;
- la caisse n'apporte pas la preuve de la fictivité des soins pratiqués ;
- la caisse ne rapporte pas la preuve que les actes auraient été pratiqués par les remplaçants ni que ces derniers ont réalisé des actes avant leur enregistrement en tant que remplaçant ;
- la pratique a été validée par téléphone par le département des relations avec les professionnels de santé compte tenu des délais de traitement des demandes d'immatriculation des remplaçants et du fait que deux collaborateurs étaient partis simultanément ;
- les délais d'instruction des demandes d'installation de ses collaborateurs ont été longs, dans le contexte de l'application de la nouvelle réglementation sur les secteurs sur-dotés, et il a fallu assurer la continuité des soins suite au départ de deux collaborateurs en 2019.

Par ordonnance en date du 23 mai 2022, la clôture de l'instruction a été fixée au 28 juin 2022.

Par ordonnance en date du 7 juillet 2022, la clôture de l'instruction a été fixée au 8 septembre 2022.

L'affaire n° 08/2021 a été appelée à l'audience publique du 3 octobre 2023 ; par courrier du même jour, les parties ont été informées du renvoi de l'audience et de la réouverture de l'instruction, et il a été communiqué à M. Y. les pièces jointes à la plainte de la CPAM des Bouches-du-Rhône

Par ordonnance en date du 8 décembre 2023, la clôture de l'instruction a été fixée au 9 janvier 2024.

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative ;

- le décret n° 2013-547 du 26 juin 2013, relatif à l'organisation et au fonctionnement des juridictions du contentieux du contrôle technique des professions de santé ;
- la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972 modifié ;
- l'arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie ;

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

Après avoir entendu en séance publique du 22 février 2024 à 9h30 :

- le rapport de M. Michel ;
- les observations de M. Carpier, représentant la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ;
- les observations de Me Baffert, assistant M. Y. et ce dernier.

Considérant ce qui suit :

1. Le contrôle de l'activité de M. Y., masseur-kinésithérapeute, déclenché suite au constat d'une activité supérieure à la moyenne régionale, a porté sur les actes qui lui ont été remboursés par la CPAM du 7 janvier 2019 au 22 juin 2020 (dates de mandatement) pour des actes réalisés du 2 janvier 2019 au 11 mars 2020.

Sur la demande de sursis à statuer :

2. La procédure en recouvrement d'indu prévue par les dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale et la procédure disciplinaire régie par les dispositions de l'article L. 145-5-1 du même code sont des procédures distinctes. M. Y. ne fournit aucun argument relatif à une bonne administration de la justice ou à la qualité de l'instruction justifiant qu'il soit sursis à statuer dans l'attente de l'issue de la procédure en recouvrement d'indu en cours initiée par la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône. La demande de sursis à statuer doit par suite être rejetée.

Sur la recevabilité de la plainte :

3. Aux termes de l'article R. 145-24 du code de la sécurité sociale : « *Les plaintes et les mémoires produits doivent être accompagnés de copies en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux. Lorsque le nombre des copies n'est pas égal à celui des parties, le demandeur en est averti par le secrétariat, qui lui fait connaître, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, que, si les productions complémentaires ne sont pas produites dans le délai de quinze jours à compter de la date de réception de cet avertissement, la plainte sera rejetée comme irrecevable. En cas de nécessité, le président de la formation de jugement pourra exiger des parties intéressées la production des copies supplémentaires, sous la sanction prévue à l'alinéa précédent. Lorsque les parties joignent des pièces à l'appui de leurs plaintes ou de*

leurs mémoires, ces pièces sont accompagnées de copies qu'elles certifient conformes, en nombre égal à celui des autres parties augmenté de deux. Toutefois, lorsque le nombre, le volume ou les caractéristiques des pièces font obstacle à la production de copies, les autres parties ou leurs mandataires en prennent connaissance au secrétariat et peuvent en prendre copie à leurs frais. Les plaintes sont inscrites, à leur arrivée, sur le registre d'ordre qui est tenu par le secrétaire. Elles sont en outre marquées, ainsi que les pièces qui y sont jointes, d'un timbre indiquant la date de leur arrivée. A réception de la plainte, le secrétariat de la section en informe le conseil départemental, régional, interrégional ou central au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit. »

4. M. Y. soutient qu'aucun texte n'autorise le dépôt ou la transmission des pièces jointes à la plainte de manière dématérialisée, et que la caisse n'ayant pas régularisé dans un délai de quinze jours, sa plainte est irrecevable. Toutefois, d'une part, le dépôt ou la transmission des pièces jointes à la plainte par voie papier n'est pas prescrite à peine d'irrecevabilité d'un autre mode de transmission, et d'autre part, la régularisation dans un délai de quinze jours, qui doit être demandée par la section des assurances sociales, ne concerne que la production de copies supplémentaires dans l'hypothèse où le nombre de pièces, leur volume et leurs caractéristiques n'y font pas obstacle. En l'espèce, le volume et les caractéristiques des pièces produites par la caisse faisaient obstacle à la production de copies. Il résulte de ce qui précède que la plainte est recevable.

Sur la régularité de la procédure précontentieuse :

En ce qui concerne la violation des droits de la défense :

5. Aux termes de l'article 6.1.1 de la Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie du 16 mars 2012 : *« A la suite de la réalisation du contrôle de l'activité d'un professionnel de santé, sauf cas de suspicion de fraude pénalement répréhensible (cf. annexe 1), le directeur de l'organisme ou son représentant partage, avant toute notification d'indus et/ou engagement d'une procédure contentieuse, avec le professionnel de santé les résultats motivés du contrôle de son activité et lui indique qu'il dispose d'un délai d'un mois pour demander à être entendu ou pour présenter des observations écrites. Ce professionnel de santé est également susceptible de consulter son dossier auprès de la caisse et de se faire assister par un membre de la même profession et/ou par un avocat de son choix. »*

6. M. Y. soutient qu'il n'a pas été informé de la possibilité d'être assisté par un membre de sa profession ou un avocat, ni des résultats de l'enquête, ni mis en capacité de formuler ses observations au cours d'un entretien contradictoire, en méconnaissance des dispositions précitées de la Charte du contrôle des activités des professionnels de santé et des garanties offertes par la procédure de contrôle engagée en application des articles L. 315-1 et R. 315-1-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, et d'une part, le contrôle auquel il a été soumis est un contrôle administratif régi par l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, et non un contrôle réalisé par le service médical en application de l'article L. 315-1 du même code. Il ne peut donc invoquer les garanties attachées à ce type de contrôle. D'autre part, en ce qui concerne l'application de la Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'assurance maladie, la CPAM a opéré un contrôle pour fraude, pour laquelle les dispositions de la Charte ne s'appliquent pas. En tout état de cause, il ne résulte pas de l'instruction qu'il aurait été porté par

avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle, que des irrégularités entacheraient cette phase préalable et affecteraient la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduiraient à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

7. M. Y. soutient également qu'il n'a pas eu la possibilité de lire le procès-verbal du 29 septembre 2020 et qu'aucune lecture ne lui en a été faite avant qu'il le signe, comme le démontre le fait que les cases « *la personne auditionnée ayant relu le procès-verbal* » et « *lecture ayant été donnée à la personne auditionnée* » n'ont pas été cochées, de sorte que ce document doit être écarté des débats. Il ressort toutefois de ce procès-verbal que M. Y. l'a signé et en a paraphé chacune des pages. Ce procès-verbal lui est donc opposable, malgré le fait que les cases n'aient pas été cochées.

En ce qui concerne le défaut d'agrément et d'assermentation de l'agent chargé du contrôle :

8. Aux termes de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable au litige : « *Les directeurs des organismes de sécurité sociale 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 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* ». Aux termes de l'arrêté du 30 juillet 2004 fixant les conditions d'agrément des agents des organismes de sécurité sociale chargés du contrôle de l'application des législations de sécurité sociale : « (...) II. - *La demande d'agrément d'un agent auquel un organisme désire confier les missions de contrôle prévues à l'article L. 216-6 du code de la sécurité sociale est formulée par le directeur de l'organisme auquel appartient l'agent et adressée au directeur de la caisse nationale de la branche du régime général dont relève cet organisme. (...) Le directeur de la caisse nationale, ou le ministre chargé de la sécurité sociale pour les agents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, délivre aux agents une autorisation provisoire d'exercer leurs fonctions à réception du dossier complet de demande d'agrément. L'agrément pourra leur être accordé lorsque leur manière de servir et leurs aptitudes professionnelles auront été jugées satisfaisantes, dans le délai de six mois renouvelable une fois, à compter de la date de la demande d'agrément. Le directeur de la caisse nationale peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature à un ou plusieurs directeurs adjoints ou sous-directeurs de ladite caisse pour la délivrance des autorisations provisoires et des agréments. La décision du directeur de la caisse nationale ou du ministre chargé de la sécurité sociale accordant ou refusant l'agrément est notifiée à la personne qui a formulé la demande et à l'agent intéressé. (...)* ».

9. Il résulte de l'instruction que l'agent ayant procédé à l'audition de M. Y. est un agent de contrôle assermenté depuis le 1^{er} juillet 2019, agréé provisoirement depuis le 1^{er} juillet 2019 et définitivement depuis le 1^{er} juillet 2020. Par suite, le moyen tiré du défaut d'agrément et d'assermentation de cet agent manque en fait.

Sur le bien-fondé de la plainte :

En ce qui concerne le non-respect de la durée des séances :

10. 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 : « *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. (...)* ».

11. Il résulte de l'analyse de la facturation de M. Y. que 107 journées correspondant à 1 307 actes sont apparues en anomalies, dont 52 journées à plus de 33 actes par jour et 14 journées à plus de 48 actes par jour, en tenant compte de l'amplitude de travail journalière de 11 heures déclarée par ce dernier et en ne prenant en considération que des actes AMK/AMS/AMC 7,5, 9, 9,5 et 10 pour lesquels la durée de séance est de l'ordre de 30 minutes. Les données fournies par la CPAM proviennent de l'extraction de l'ensemble des actes facturés par M. Y., issue du Système Informationnel de l'Assurance Maladie (SIAM), non sérieusement contesté par le défendeur. Enfin, contrairement à ce que M. Y. soutient, la caisse a reconstitué son agenda et celui de ses collaborateurs en tenant compte de la liste des soins réalisés par chacun, que le praticien lui avait transmise et qui figure en pièce n° 6 du mémoire de la caisse du 1^{er} août 2022, de sorte que le calcul opéré par la caisse ne concerne que les soins réalisés par M. Y.

12. Le grand nombre de patients pris en charge ne permettait pas à M. Y. 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, 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. Par suite, M. Y. a méconnu les dispositions précitées de la NGAP.

En ce qui concerne la méconnaissance des dispositions relatives au remplacement :

13. Aux termes de l'article R. 4321-107 du code de la santé publique : « *Un masseur-kinésithérapeute ne peut se faire remplacer dans son exercice que temporairement et par un confrère inscrit au tableau de l'ordre. Le remplacement est personnel. Le masseur-kinésithérapeute qui se fait remplacer doit en informer préalablement le conseil départemental de l'ordre dont il relève en indiquant les noms et qualité du remplaçant, les dates et la durée du remplacement. Il communique le contrat de remplacement conformément à l'article L. 4113-9. Le masseur-kinésithérapeute libéral remplacé doit cesser toute activité de soin pendant la durée du remplacement. Des dérogations à cette règle peuvent être accordées par le conseil départemental en raison de circonstances exceptionnelles.* ». Selon l'article 5 des dispositions générales de la 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.* ».

14. Il résulte de l'instruction que, pendant la période contrôlée, M. Y. a travaillé simultanément avec deux remplaçants, M. M. et Mme S., en méconnaissance des dispositions précitées du code de la santé publique et de la NGAP. Il résulte également de l'instruction que les deux remplaçants ont commencé à prodiguer des soins avant la date officielle du remplacement, soit en l'absence de tout contrat. Toutefois, M. M. et Mme S., qui ont pris la suite de deux collaborateurs ayant quitté le cabinet, M. G. et Mme R., et qui avaient eux-mêmes vocation à travailler en tant que collaborateurs, ont déposé leurs dossiers de conventionnement respectivement en octobre 2019 et en décembre 2019. Ce n'est qu'en février 2020 et juin 2020 qu'ils ont obtenu l'autorisation d'installation en qualité de masseur-kinésithérapeute libéral, dans un contexte d'allongement des délais d'instruction des demandes dû à la réglementation relative aux zones sur-dotées applicable à compter du 10 mai 2019.

15. Il résulte de ce qui précède que le second grief invoqué par la CPAM est établi, mais qu'il doit être tenu compte des circonstances précédemment exposées dans le choix de la sanction.

Sur la sanction :

16. 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". » et aux termes de l'article L. 145-5-2 du même code : « Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et du conseil national de l'ordre des infirmiers sont : 1° L'avertissement ; 2° Le blâme, avec ou sans publication ; 3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ; 4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues aux 1° à 3°. La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues au présent article de leur publication selon les modalités qu'elle fixe. Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction. (...) 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. ». Enfin, aux termes de l'article R. 145-42 du code de la sécurité sociale : « Les décisions de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et du conseil national ou de la section des assurances sociales du conseil régional ou central des sections D, G et H de l'ordre des pharmaciens prononçant une sanction d'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux ou de servir des prestations s'il s'agit d'un pharmacien ou les ordonnances de son président fixent la période d'exécution ou la date d'effet de cette sanction en tenant compte du délai d'appel assorti, le cas échéant, du délai de distance. Lorsque la juridiction décide, en application des dispositions des articles L. 145-2, L. 145-5-2 et R. 145-2, que les sanctions font l'objet d'une publication, les modalités et la durée de cette publication sont précisées dans la décision. Si la décision ne précise pas de période d'exécution, la sanction est exécutoire le lendemain du jour où elle devient définitive. ».

17. Les griefs retenus aux points 11, 12 et 14 ont le caractère de fautes et abus susceptibles de valoir à M. Y. le prononcé d'une sanction en application des dispositions précitées des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale. Il sera fait une juste appréciation de la gravité de son comportement en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de trois mois dont deux mois avec sursis. Ladite sanction prononcée est exécutoire dans les conditions prévues à l'article précité R. 145-42 du code de la sécurité sociale.

D É C I D E :

Article 1^{er} : Il est infligé à M. Y. la peine d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de trois mois assortie du sursis pour une durée de deux mois. La présente sanction est exécutoire dans les conditions prévues à l'article R. 145-42 du code de la sécurité sociale.

Article 2 : L'exécution de cette sanction pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre de M. Y., prendra effet le 1^{er} septembre 2024 à 0h et cessera de porter effet le 30 septembre 2024 à minuit.

Article 3 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire 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 4 : Le présent jugement sera notifié au directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à M. Y., au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes des Bouches-du-Rhône, au directeur général de l'agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur, au conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au ministre du travail, de la santé et des solidarités et au ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Copie en sera adressée à Me Edouard Baffert.

Ainsi fait et délibéré par la présidente et les membres assesseurs à l'issue de l'audience publique du 22 février 2024.

La présidente 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,

Signé : K. DURAN-GOTTSCHALK

La secrétaire de la section des
assurances sociales

Signé : J. BRENCKLE

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