

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU CONSEIL INTERREGIONAL DES ANTILLES-GUYANE  
DE L'ORDRE DES MASSEURS-KINESITHERAPEUTES  
Immeuble Equinoxes 12, rue des Arts et Métiers Lotissement Dillon Stade  
97200 Fort-de-France

N° 04/SAS/MK

Direction régionale du service du contrôle médical de la Martinique c/ M. Y.

Audience du 26 janvier 2024

Décision rendue publique par affichage le 15 février 2024

La section des assurances sociales du conseil interrégional des  
Antilles-Guyane de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes,

Vu la procédure suivante :

Par une plainte, enregistrée le 5 décembre 2022 sous le numéro 04: SAS.  
Dr (...), directeur régional du service du contrôle médical de la Martinique,  
demande à la section des assurances sociales du conseil interrégional des  
Antilles-Guyane de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de prononcer à  
l'encontre de M. Y., masseur-kinésithérapeute inscrit sous le numéro Adeli (...),  
exerçant au E. l'une des sanctions prévues par l'article L. 145-5-2 du code de la  
sécurité sociale, d'ordonner le remboursement à la caisse générale de sécurité  
sociale de la Martinique de la somme de 185 402 euros, correspondant au montant  
des honoraires abusivement perçus par l'intéressé, ainsi que de prononcer la  
publication de la sanction dans un quotidien régional.

Il reproche à M. Y. d'avoir facturé des actes non réalisés, d'avoir facturé  
des actes réalisés dans des conditions telles qu'ils s'apparentent à une absence  
de soin, d'avoir facturé des soins en sus de la quantité d'actes prescrits, d'avoir  
exécuté des actes paramédicaux au-delà des besoins du patient, d'avoir facturé  
des bilans-diagnostic kinésithérapiques non réalisés, d'avoir réalisé et facturé  
des soins dans un cabinet secondaire sans l'avoir préalablement déclaré, et enfin  
d'avoir facturé l'intégralité des actes en mode dégradé.

Par un mémoire en défense, enregistré le 4 novembre 2023, M. Y. conclut  
à ce que la section des assurances sociales fasse preuve d'indulgence à son  
égard.

Il fait valoir qu'il reconnaît les faits de facturation d'actes non réalisés,  
justifiés par la volonté de récupérer la partie des honoraires non couverts par la  
mutuelle, afin de permettre une meilleure prise en charge financière pour les  
patients, et par le fait qu'il procède à une facturation automatique des séances  
sur son logiciel professionnel et que, par manque de temps, il ne les retire pas  
lorsqu'elles ne sont pas réalisées ; que s'agissant des soins facturés en sus de la  
quantité prescrite, il disposait des ordonnances de renouvellement mais celles-ci  
ont été rejetées par le service médical ; que s'agissant de la facturation d'actes  
au-delà des besoins du N° 04.'SAS:MK 2 patient, il disposait d'une ordonnance  
d'un pneumologue pour la réalisation de 30 séances de kinésithérapie ; qu'il

réalise systématiquement les bilans-diagnostic kinésithérapiques mais qu'il ne les retranscrit pas par écrit ; qu'il ignorait qu'une autorisation était nécessaire pour ouvrir un cabinet secondaire ; et qu'il ignorait que la facturation des actes en mode dégradé n'était possible que de façon ponctuelle, alors que ce mode de facturation lui permet de gagner du temps.

Par une ordonnance du 14 décembre 2023, la clôture de l'instruction a été fixée  
au

15 janvier 2024.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- le code de justice administrative.

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

Les membres de la section des assurances sociales du conseil interrégional des Antilles-Guyane de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes ont été régulièrement convoqués.

Après avoir entendu, au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. Valentino,
- les observations du Dr (...), représentant la direction régionale du service du  
contrôle

médical de la Martinique;

- et les observations de M. Y., qui a été invité 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 M. Y., masseur-kinésithérapeute, portant sur les actes facturés par lui du 1<sup>er</sup> juillet 2019 au 30 juin 2021, une plainte a été déposée le 5 décembre 2022 par le directeur régional du service du contrôle médical de la Martinique.

Sur les griefs:

2. 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 'section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance' (...) ».

N 04, SAS/MI( 3

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

3. En premier lieu, il résulte de l'instruction que M. Y. a systématiquement facturé quatre actes de kinésithérapie par semaine pour la majorité des patients contrôlés, alors que, s'agissant du dossier n° 1, le patient a attesté devant l'agent assermenté chargé du contrôle que seule une séance par semaine a été réalisée jusqu'en octobre 2020 puis deux par semaine, que s'agissant des dossiers n° 2, 3, 5 et 11, les patients ont indiqué bénéficier de

séances de kinésithérapie deux fois par semaine, que le patient n° 12 a déclaré se rendre au cabinet de M. Y. trois fois par semaine et les patients n° 19 et 21 deux à trois fois par semaine. Il en va de même pour le dossier n° 7, pour lequel quatre séances de kinésithérapie par semaine ont été facturées sur l'ensemble de la période contrôlée, soit jusqu'au 25 juin 2021, alors qu'il ressort de l'attestation du patient que la prise en charge a cessé à compter de l'intervention chirurgicale du 5 octobre 2020. Par ailleurs, il résulte de l'instruction que M. Y. a facturé 201 actes de kinésithérapie pour la patiente n° 13, à raison de quatre séances par semaine, alors même qu'elle a attesté avoir bénéficié de 14 séances à la fin de l'année 2019, puis ne plus en avoir suivies en 2020 et 2021. Il est également constant que M. Y. a facturé quatre séances de kinésithérapie par semaine pour la patiente n° 15, alors qu'elle a indiqué s'être rendue « de temps en temps » au cabinet, puis deux voire trois fois par semaine depuis sa rechute en août 2021, et que les séances ont cessé durant le confinement. Il ressort également du tableau de facturation que M. Y. a pratiqué une double facturation pour cette patiente, à partir de deux ordonnances différentes, sur la période du 23 juin 2020 au 18 décembre 2020, pour un total de 61 séances. Par ailleurs, l'intéressé a également facturé quatre séances par semaine sans interruption sur la période du 7 janvier 2020 au 25 juin 2021 dans le dossier n° 16, alors que la patiente a attesté alterner des périodes de soins durant une à trois semaines, à raison de deux voire trois séances par semaine, avec des périodes d'arrêt sur un à deux mois sans kinésithérapie, et qu'elle n'a pas bénéficié de séances durant le confinement. S'agissant du dossier n° 20, il résulte de l'instruction que M. Y. a facturé quatre séances de kinésithérapie par semaine de façon continue sur la période contrôlée, alors que la patiente a indiqué se rendre au cabinet le mardi, le jeudi et un vendredi sur deux, et qu'elle n'a pas suivi de séance durant le confinement de mars à mai 2020 ni celui d'août 2021. Il en va de même pour le dossier n° 22, alors même qu'il ressort de l'attestation de la patiente que celle-ci n'a bénéficié au départ que de deux séances par semaine, puis une seule par semaine. En outre, en ce qui concerne le dossier n° 6, l'intéressé a facturé trois séances par semaine sur la période du 29 novembre 2019 au 16 avril 2021 alors que le patient a attesté qu'à compter de mi-mai 2020 il s'est rendu au cabinet trois fois par semaine puis qu'à compter du mois de septembre 2020 il ne s'y rendait plus qu'une à deux fois par semaine. De même, s'agissant du dossier n° 14, M. Y. a systématiquement facturé trois séances de kinésithérapie sur l'ensemble de la période contrôlée, alors qu'il ressort de l'attestation de la patiente qu'elle a alterné des périodes de soins, à raison de deux ou trois séances par semaine, avec des périodes d'interruption d'un ou deux mois. Il est par ailleurs constant que l'intéressé a facturé, dans les dossiers n° 17 et 18, 61 séances pour chaque patient durant la période du 4 mars 2021 au 25 juin 2021, alors que la patiente n° 17 a déclaré avoir bénéficié d'une seule séance au mois de mars 2021 et que le patient n° 18 n'a effectué en tout et pour tout que deux séances. Enfin, il résulte de l'instruction que M. Y. a facturé 235 séances de kinésithérapie pour la patiente n° 23, alors qu'elle a attesté avoir remis l'ordonnance à l'intéressé mais ne jamais avoir débuté la prise en charge.

4. En second lieu, il est constant que M. Y. a facturé des déplacements s'agissant des dossiers n° 2, 6, 7, 15 et 16. Toutefois, il ressort des attestations des

patients auditionnés par l'agent assermenté chargé du contrôle que les patients n° 2, 7 et 15 n'ont pas bénéficié de soins à leur domicile. En outre, s'agissant du patient n° 6, M. Y. s'est déplacé 04iSAS.MK 4

son domicile pendant le premier confinement puis le patient a repris les séances au cabinet compter de mi-mai 2020, alors que l'intéressé a facturé des déplacements de façon continue sur la période du 17 mars 2020 au 16 avril 2021. En ce qui concerne le dossier n° 16, la patiente a déclaré avoir bénéficié de 2 ou 3 séances à domicile, pourtant, il résulte de l'instruction que M. Y. a facturé un grand nombre de déplacements, pour un total de 1 186,38 euros, sur la période du 8 avril 2021 au 25 juin 2021.

5. Dans ces conditions, en ayant facturé des actes non réalisés pour les 19 dossiers susmentionnés, de manière répétée et prolongée, M. Y. a commis une faute à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale. En effet, si l'intéressé, qui ne conteste aucunement la matérialité des faits qui lui sont reprochés, se borne à faire valoir dans son mémoire en défense qu'il a facturé des actes non réalisés dans l'objectif de récupérer la partie des honoraires non couverts par la mutuelle, afin de permettre une meilleure prise en charge financière pour les patients, et qu'il n'a pas retiré par manque de temps de son logiciel professionnel les séances, automatiquement facturées, qui n'ont pas été réalisées, il ne peut être regardé comme apportant une justification valable à la fraude qu'il a commise, et qu'il ne pouvait ignorer. Compte tenu des calculs effectués par la DRSM de la Martinique pour chaque dossier contrôlé, non contestés par M. Y., les montants indûment facturés doivent être fixés à la somme de 51 759,82 euros.

En ce qui concerne le grief de la réalisation d'actes dans des conditions telles qu'ils s'apparentent à une absence de soin :

6. Aux termes de l'article 5 de la première partie relative aux 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. 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 outre, il ressort des dispositions préliminaires du titre XIV de cette nomenclature que : « Par dérogation à l'article 5 des Dispositions générales, les actes du titre XII7 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 masseurkinésithérapeute; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute (...) Sauf

exceptions prévues dans le texte, la durée des séances est de l'ordre de trente minutes. Hormis les modalités particulières de traitement prévues par le chapitre III, le masseur-kinésithérapeute, ou la sage-femme pour les actes de l'article 8 du chapitre II, se consacre exclusivement à son patient (...) ». Enfin, l'article 1<sup>er</sup> du chapitre III du titre XIV de la nomenclature dispose que: « Les traitements de groupe ne peuvent s'appliquer qu'aux rééducations figurant dans les articles 1<sup>er</sup>, 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 » et l'article 3 dispose 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. La cotation est celle du libellé correspondant du chapitre II ».

7. En l'espèce, plusieurs patients de M. Y. ont attesté devant l'agent assermenté chargé du contrôle que celui-ci ne leur consacrait personnellement pas plus de 15 à 20 minutes, même si leur séance durait entre 30 minutes et une heure, le patient n° 1 faisant même état de la présence d'une quinzaine de patients dans la salle. Par ailleurs, la DRSM de la Martinique relève que, dans la mesure où un masseur-kinésithérapeute doit consacrer de l'ordre de 30 minutes auprès du patient pour chaque acte réalisé, il est matériellement impossible d'effectuer plus de 36 actes par jour, ce qui représente 18 heures d'activité quotidienne. Or, sur la totalité des deux années analysées, le service médical a constaté que M. Y. avait facturé 8 925 actes au-delà de 18 heures par jour, sur un total de 23 613 actes, ce qui représente 37,5 % de ses actes. Si l'intéressé a indiqué à l'audience travailler sans interruption de 7h à 20h voire 21h30 du lundi au vendredi et de 8h à 13h le samedi, soit au demeurant nettement moins que le seuil de 18 heures d'activité quotidienne retenu par la DRSM, il résulte nécessairement de l'instruction que M. Y. a consacré à chacun de ses patients un temps insuffisant et qu'il n'a ainsi pas dispensé ses soins dans des conditions permettant d'en assurer la qualité. Par suite, en tenant compte d'une part du seuil de 18 heures par jour que l'intéressé reconnaît lui-même ne pas atteindre et d'autre part des dispositions précitées en vertu desquelles le temps consacré individuellement à chaque patient doit être de l'ordre de 30 minutes, le nombre d'actes journaliers dont le dépassement révèle la réalisation d'actes fictifs effectués dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins, peut-être fixé à 36, nombre dépassé pendant une grande partie des journées contrôlées, à hauteur d'un total de 8 925 séances sur la période analysée. Par suite, la DRSM de la Martinique est fondée à soutenir que M. Y. a méconnu les dispositions précitées de la nomenclature. En appliquant un montant moyen par acte de 21,42 euros, retenu par le service du contrôle médical au regard du rapport Honoraires 2020, et non contesté par l'intéressé, le préjudice de la caisse générale de sécurité

sociale de la Martinique doit être évalué à la somme de 191 173,5 euros.

En ce qui concerne le grief de soins facturés en sus de la quantité d'actes prescrits .

8. Aux termes de l'article L. 4321-1 du code de la santé publique : « (...) Lorsqu'il agit dans un but thérapeutique, le masseur-kinésithérapeute pratique son art sur prescription médicale et peut adapter, sauf indication contraire du médecin, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales d'actes de mas.so-kinésithérapie datant de moins d'un an, dans des conditions définies par décret (...) ». Il résulte de ces dispositions ainsi que de celles de l'article 5 de la première partie relative aux dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels et des dispositions préliminaires du titre XIV précitées, 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. En l'espèce, si la DRSM de la Martinique fait valoir que pour 18 prescriptions médicales, 1 834 séances ont été facturées par M. Y. en sus des 404 séances prescrites, engendrant un préjudice de 41 065,66 euros, elle ne produit toutefois pas l'ensemble des dossiers listés dans sa plainte, permettant d'établir la matérialité de ces faits. En revanche, il résulte de l'instruction, en particulier des dossiers patients produits par la plaignante que, pour six de ces patients, M. Y. a facturé pendant la période contrôlée un nombre de séances très supérieur à celui prescrit, à savoir 209 séances au lieu des 25 prescrites pour le dossier n° 1, N 04iSAS/MK 6 324 séances au lieu des 30 prescrites pour le dossier ri" 4, 285 séances au lieu de 40 pour le dossier n° 7, 360 séances au lieu de 30 pour le dossier if- 12, 214 séances au lieu des 20 prescrites pour le dossier n° 14, et 61 séances au lieu des 27 pour le dossier n° 18. Si l'intéressé soutient qu'il disposait des ordonnances de renouvellement mais que celles-ci auraient été déclarées non valables par le service médical, il s'abstient toutefois de produire ces pièces l'instance, ne permettant ainsi pas de vérifier ses allégations. Il s'ensuit que M. Y. a méconnu les dispositions précitées.

En ce qui concerne le grief de réalisation d'actes paramédicaux au-delà du besoin des patients:

10. Aux termes de l'article R. 4321-59 du code de la santé publique : « Dans les limites fixées par la loi, le masseur-kinésithérapeute est libre de ses actes qui sont ceux qu'il estime les plus appropriés en la circonstance. Sans négliger son devoir d'accompagnement moral, il limite ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins (.. ) » et aux termes de l'article R. 4321-72 de ce code: « Sont interdits au masseur-kinésithérapeute :  
lc Tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite (...).

I l. Il résulte de l'instruction que M. Y. a réalisé, pour des patients bénéficiant de prescriptions non quantitatives, un nombre d'actes excédant sensiblement leurs besoins. Ainsi, à supposer même que le patient n° 1 ait bénéficié d'une prescription médicale du 3 décembre 2019, laquelle n'a toutefois pas été transmise par l'intéressé au service médical ni d'ailleurs dans la présente

instance, M. Y. a facturé, au cours de la période contrôlée, 209 séances de kinésithérapie pour un patient de 63 ans ayant subi un accident vasculaire cérébral en décembre 2019 avec hémiparésie droite prédominant au membre supérieur, les séances ayant duré plus de 18 mois après l'AVC, alors que l'assuré a déclaré seulement ressentir une sensation de bras lourd et a pu continuer son activité professionnelle jusqu'à sa retraite en octobre 2020. Par ailleurs, M. Y. a effectué 287 séances de kinésithérapie au bénéfice du patient n° 2 ayant subi une gastrectomie en décembre 2018, qui se sont poursuivies plus de deux ans après la prescription médicale du 26 mars 2019, sans réévaluation médicale depuis cette date. Le patient n° 6, âgé de 36 ans et ayant eu une paralysie faciale périphérique à frigore en novembre 2019, a suivi 199 séances de kinésithérapie, trois fois par semaine, pendant près de 18 mois, alors qu'il ressort des recommandations médicales que dans 80 % des cas, ce type d'affection se dissipe au bout de quelques semaines, et généralement moins de deux mois. Concernant la patiente n° 11, qui a subi une chirurgie bariatrique en 2019, M. Y. a facturé 276 séances, qui se sont poursuivies sans interruption plus de deux ans après la prescription du 23 septembre 2019 et sans réévaluation médicale depuis lors. S'agissant du dossier n° 12, M. Y. a pratiqué 360 séances de kinésithérapie, quatre fois par semaine, pendant près de deux ans après la prescription médicale du 7 octobre 2019 prévoyant seulement 30 séances de rééducation du membre supérieur gauche et de drainage lymphatique pour une patiente âgée de 61 ans, ayant eu une tumeur maligne du sein gauche en juillet 2019, alors qu'il ressort de la nomenclature générale des actes professionnels qu'en cas de recours à la cotation AMK 15,5 pour la rééducation pour un lymphœdème du membre supérieur après traitement d'un cancer du sein, associée à une rééducation de l'épaule homolatérale à la phase intensive du traitement du lymphœdème, le nombre optimal de séances est de 10. Par ailleurs, pour le dossier n° 19, l'intéressé a pratiqué 163 séances de kinésithérapie, quatre fois par semaine, pendant plus de 18 mois après la prescription médicale du 28 novembre 2018 pour des séances de rééducation des genoux en raison d'une subluxation rotulienne d'une patiente âgée de 37 ans. Enfin, la patiente n° 20, âgée de 36 ans et en surcharge pondérale, disposant d'une prescription médicale

N° 04, SAS/MK

du 17 février 2020 pour de la kinésithérapie du rachis et du renforcement musculaire, a suivi 264 séances pendant près de deux ans, sans réévaluation médicale depuis février 2020.

M. Y., qui se borne à invoquer en défense le cas d'un patient BPCO qui ne fait pas partie des dossiers précités, ne conteste pas le caractère non justifié des actes de kinésithérapie susmentionnés. Compte tenu du nombre excessif d'actes réalisés au regard des besoins des patients, et alors que l'intéressé n'a pas pris contact avec les prescripteurs afin d'évaluer l'opportunité de la poursuite de la prise en charge, celui-ci a méconnu les dispositions précitées.

En ce qui concerne le grief de facturation de bilans-diagnostic kinésithérapiques

nonréalisés:

12. L'article R. 4321-2 du code de la santé publique dispose que : « Dans l'exercice de son activité, le masseur-kinésithérapeute tient compte des caractéristiques psychologiques, sociales, économiques et culturelles de la personnalité de chaque patient, b tous les âges de la vie. 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 b 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

la disposition du médecin prescripteur. Cette fiche lui est adressée, b l'issue de la dernière séance de soins, lorsque le traitement a comporté un nombre de séances égal ou supérieur dix. Elle est également adressée au médecin prescripteur lorsqu'il est nécessaire de modifier le traitement initialement prévu ou lorsque apparaît une complication pendant le déroulement du traitement ». En outre, la section 2 du chapitre 1 du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels dispose que : « Les modalités décrites ci-dessous s'appliquent aux actes des chapitres II et III. I. Contenu du bilan-diagnostic kinésithérapique 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 b l'objectif initial - les conseils éventuellement donnés par le masseur-kinésithérapeute b son patient ; - les propositions consécutives (poursuite du traitement, exercices d'entretien et de prévention...). 2. Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur. 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. Toutefois, lorsque le nombre de séances préconisé par le masseur-

kinésithérapeute est inférieur à 10, l'information du médecin prescripteur peut se limiter à une copie de la demande d'accord préalable. Une fiche synthétique du bilan-diagnostic

N° SAS/MK 8

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. Une nouvelle demande d'accord préalable est adressée au service médical, accompagnée d'une nouvelle prescription et d'une copie de la fiche. Il 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. La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande ».

13. Il est constant que, lors de l'entretien avec le service médical, M. Y. a reconnu ne pas rédiger de bilans-diagnostic kinésithérapiques, et avoir composé ceux des patients n° 1 à 46 a posteriori, suite à la demande de communication du service médical du 1<sup>er</sup> octobre 2021. Si l'intéressé fait valoir dans son mémoire en défense qu'il réalise systématiquement les bilans-diagnostic kinésithérapiques en début de prise en charge, mais qu'il ne les rédige pas par écrit pour alléger sa charge de travail, il résulte toutefois des dispositions citées au point précédent que ces bilans doivent nécessairement être formulés par écrit afin d'assurer un suivi médical du patient et d'informer le médecin prescripteur de l'évolution de son état de santé. Dans la mesure où les bilans diagnostic-kinésithérapiques des patients n° 1 à 46 ont été rédigés postérieurement pour les besoins du contrôle, il n'est pas établi que ceux-ci étaient effectués en début de prise en charge, alors qu'ils ont systématiquement été facturés par M. Y. Le grief doit, dès lors, être retenu, pour un montant d'indus de 1 122,05 euros.

En ce qui concerne le grief de réalisation et de facturation d'actes dans un cabinet secondaire sans autorisation:

14. S'il est constant que M. Y. a régulièrement effectué des séances de kinésithérapie dans un cabinet secondaire sans avoir réalisé de déclaration au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, en méconnaissance de l'article

R. 4321-129 du code de la santé publique, un tel grief, qui relève du champ disciplinaire mais ne constitue pas une faute, un abus, une fraude ou un fait intéressant l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute relevé à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale, doit être écarté.

En ce qui concerne le grief de facturation de l'ensemble des actes en mode dégradé :

15. Si la DRSM de la Martinique expose que, sur la totalité de la période

contrôlée, M. Y. a facturé l'ensemble des actes en mode dégradé (B2D), ce mode de facturation permettant de contourner la sécurisation apportée par la présence concomitante de sa carte professionnelle et de la carte vitale de ses patients, de tels agissements ne constituent pas des fautes, abus, fraudes ou faits intéressant l'exercice de la profession de masseur-kinésithérapeute relevés à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale. En l'absence de caractère fautif de ce comportement, alors même que ce mode de facturation favorise la facturation frauduleuse d'actes non réalisés, le grief doit être écarté.

#### 04.SASTMK 9

Sur la sanction:

11. 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.

12. Les faits mentionnés aux points 3 à 13 constituent des fautes, abus ou fraudes qu'il y a lieu de sanctionner. Contenu de la nature et de la multiplicité des fautes, ainsi que de leur caractère répété voir systématique sur l'ensemble de la période contrôlée, il y a lieu de prononcer A l'encontre de M. Y. une sanction d'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont quatre mois assortis du sursis. L'exécution de cette sanction, pour sa partie non assortie du sursis, prendra effet du 1er septembre 2024 à 0h au 31 octobre 2024 A minuit, étant précisé, à toutes fins utiles, que le praticien ne pourra se faire remplacer ni assister durant cette période.

13. Constituent des honoraires abusifs au sens de l'article L. 145-5-2 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. Les griefs mentionnés aux points 3, 4 et 13 (actes fictifs) et au point 7 (actes réalisés dans des conditions équivalant à une absence de soin) constituent des abus d'honoraires. En conséquence, il y a lieu de mettre à la charge de M. Y. le remboursement de la somme totale de 244 055,37 euros à la caisse générale de sécurité sociale de la Martinique.

14. Cette sanction fera l'objet, en application du dernier alinéa de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, d'une publication dans les locaux administratifs ouverts au public de la caisse générale de sécurité sociale de la Martinique, aux deux cabinets de M. Y. et dans les locaux du conseil départemental de l'ordre des masseurs kinésithérapeutes de la Martinique, pendant la durée de l'exécution de la sanction pour la partie non assortie du sursis, soit pendant une période de deux mois à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024.

Par ces motifs,

#### DECIDE:

Article 1<sup>er</sup>: Il est infligé à M. Y. la sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont quatre mois assortis du sursis.

Article 2: L'exécution de la sanction définie à l'article 1<sup>er</sup> prendra effet du 1<sup>er</sup> septembre 2024 à 0h au 31 octobre 2024 à minuit.

Article 3: M. Y. reversera à la caisse générale de sécurité sociale de la Martinique la somme de 244 055,37 euros.

Article 4 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse générale de sécurité sociale de la Martinique, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public, aux deux cabinets de M. Y. et dans les locaux du conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Martinique, pendant la durée de l'exécution de la sanction pour la partie non assortie du sursis, soit durant deux mois à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024.

Article 5 : La présente décision sera notifiée, en application de l'article R. 145-45 du code de la sécurité sociale, au directeur régional du service du contrôle médical de la Martinique, à M. Y., au directeur de l'agence régionale de santé de la Martinique, à la ministre du travail, de la santé et des solidarités, au ministre délégué en charge de la santé et de la prévention, au ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire, au conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes, au conseil interrégional des Antilles-Guyane de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et au conseil départemental de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes de la Martinique.

Délibéré après l'audience du 26 janvier 2024, à laquelle siégeaient Mme Aude Monnier-Besombes, présidente, Mme Cécile Hamot, M. Eric Valentino, M. Laurent Prevot et M. Axel Lagranière.

Décision rendue publique par affichage le 15 février 2024.

La présidente, Le secrétaire,

T. Monnier-Besombes. Christine

La République mande et ordonne à la ministre du travail, de la santé et des solidarités en ce qui la 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.