



**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° 03-2025

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

Audience publique du 10 avril 2026

Jugement rendu public par affichage
au secrétariat le 5 mai 2026

Composition de la juridiction

Présidente : Mme Caroline POULLAIN, magistrate au
tribunal administratif de Nîmes ;

Assesseurs :

En qualité de représentants de l'ordre des masseurs-
kinésithérapeutes : MM. Gilles LAMBERT et Stéphane
MICHEL, masseurs-kinésithérapeutes ;

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

Assistés de : Mme Julie BRENCKLE, secrétaire.

Vu la procédure juridictionnelle suivante :

Par une requête enregistrée le 28 mars 2025 sous le numéro 03-2025 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 un mémoire enregistré le 11 septembre 2025, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, sise 821 – pôle répression des fraudes – CS 60007 – 13421 Marseille cedex 20, représentée par son directeur général, dépose une plainte à l'encontre de M. X., masseur-kinésithérapeute, exerçant (...).

Elle demande, en application des dispositions de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, que soit infligée à l'intéressé une sanction d'interdiction, pour un quantum important et sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux, assortie d'une publication par voie d'affichage dans les locaux de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône.

Elle soutient que, entre le 29 mars 2022 et le 14 avril 2024 :

- M. X. a facturé, à hauteur de 12 159 euros, des actes qu'il n'a pas réalisés, en méconnaissance de l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels ;

- il a facturé, à hauteur de 91 161 euros, des actes ayant fait l'objet de fausses prescriptions médicales ou de prescriptions falsifiées ;

- pour certains actes ou déplacements à domicile, facturés à hauteur de 113 040 euros, il n'a pas justifié de prescriptions ;

- il a facturé des actes au-delà du nombre de séances pouvant être pris en charge sans bilan de kinésithérapie, au regard des dispositions de la section 2 du chapitre 1 du titre XIV de la nomenclature, pour un montant de 188 145 euros ;

- en méconnaissance de l'article 13-1 des dispositions de la nomenclature, il a facturé autant de déplacements que de patients qu'il a visités en même temps au même domicile, donnant lieu au versement indu d'indemnités à hauteur de 4 853 euros, compris dans les précédentes sommes ;

- le préjudice total s'élève à 404 505 euros ; M. X. exerce depuis 2017 ; il a déjà fait l'objet de précédentes notifications d'indu, notamment en juin 2021, pour un montant de 91 739 euros.

Par un mémoire en défense, enregistré au secrétariat le 23 mai 2025, M. X. conclut à titre principal au rejet de la plainte et à titre subsidiaire à ce que l'interdiction prononcée soit limitée à une durée d'un mois et assortie d'un sursis.

Il soutient que :

- aucune décision judiciaire définitive, constatant une faute, n'est intervenue ; ses contestations n'ont pas été examinées par une juridiction ; une sanction professionnelle intervenant dans ce contexte violerait ses droits fondamentaux ;

- une sanction non assortie de sursis et avec publication serait diffamante et vexatoire, outre disproportionnée ;

- les règles de contrôles n'ont pas été respectées ;

- les griefs qui lui sont faits ne sont pas fondés.

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 des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sage-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 et les arrêtés portant approbation d'avenants à cette convention ;

- le code de justice administrative.

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

Ont été entendus au cours de l'audience publique du 10 avril 2026 :

- le rapport de M. Lambert ;

- les observations de Mme M., représentant la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ;

- et les observations de M. X., après qu'il lui a été rappelé qu'il avait le droit de garder le silence.

Considérant ce qui suit :

1. La caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône a contrôlé l'activité de M. X., masseur-kinésithérapeute exerçant à (...), en ce qui concerne les actes facturés sur la période entre le 29 mars 2022 et le 14 avril 2024.

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 (...)* ». La procédure prévue par ces dispositions est indépendante de toute autre procédure, et notamment du contentieux qui peut être engagé par le professionnel devant le juge judiciaire en application de l'article L.142-8 du même code pour contester le montant des indus mis en recouvrement par la caisse en conséquence de griefs par ailleurs soumis à la juridiction du contrôle technique. Il s'ensuit que la juridiction de céans peut prononcer une sanction à l'encontre de M. X., alors même que la commission de recours amiable a été saisie à la suite de la notification de payer dont l'intéressé a fait l'objet et que le juge judiciaire ne s'est pas prononcé sur les faits en litige.

3. Si M. X. soutient par ailleurs que les règles de contrôles n'ont pas été respectées, s'agissant de son information, du déroulement du contrôle, des règles d'assistances et des garanties dont il aurait dû bénéficier, il n'assortit ce moyen d'aucune précision, de telle sorte que celui-ci ne peut, en tout état de cause, qu'être écarté.

Sur le grief tiré de la non-réalisation de certains actes :

4. Selon l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, sous réserve que les personnes qui les exécutent soient en règle vis-à-vis des dispositions législatives, réglementaires et disciplinaires concernant l'exercice de leur profession : / (...) / c) les actes effectués personnellement par un auxiliaire médical, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative (...) et qu'ils soient de sa compétence. / (...)* ».

5. M. X. reconnaît avoir, durant deux mois d'absence d'une de ses patientes, en décembre 2023 et janvier 2024, continué à facturer des actes qu'il n'a pas accompli. Eu égard à la durée de cette absence, cette facturation, ayant généré un paiement indu en sa faveur d'un montant de 2 409 euros, ne relève pas d'une simple erreur.

6. En revanche, il conteste fermement n'avoir, sur la période de novembre 2022 à janvier 2023, assuré qu'une séance de soin hebdomadaire chez une autre de ses patientes pour laquelle il a facturé des actes et déplacement journaliers. Si la caisse produit une attestation de la belle-fille de cette patiente contestant l'ampleur des soins réalisés, il ressort du certificat établi par l'organisme d'aide à domicile intervenant auprès de cette patiente que l'ensemble des professionnels présents auprès d'elle rencontrent des difficultés relationnelles avec cette famille.

Dans ces circonstances, l'absence de réalisation de la totalité des actes facturés, générant un indu de 9 750 euros, ne peut être tenue pour établie sur la base de ce seul témoignage.

7. Il résulte de ce qui précède que le grief tenant à la non-réalisation de certains actes doit être retenu seulement en ce qu'il porte sur la facturation de 2 409 euros.

Sur le grief tiré de la facturation d'actes à partir de fausses prescriptions et de prescriptions falsifiées :

8. Pour un grand nombre d'actes facturés par M. X., le médecin identifié comme prescripteur a indiqué au service de contrôle, soit qu'il n'était pas l'auteur de l'ordonnance transmise à la caisse, soit que cette ordonnance avait fait l'objet de modifications à son insu quant au nombre de séances prescrites. Si la caisse n'a pas produit dans l'instance toutes les ordonnances en cause, elle a en revanche fourni les procès-verbaux d'audition correspondants qu'il n'y a pas lieu de mettre en cause. Cette anomalie concerne huit prescriptions, 7 patients et différents médecins. Dès lors, il paraît peu vraisemblable que M. X. n'ait pas été l'auteur de ces falsifications ou qu'elles aient été faites à son insu. Il y a lieu de retenir le grief tiré de la facturation, en connaissance de cause, d'actes ayant fait l'objet de fausses prescriptions ou de prescriptions falsifiées, pour un montant de 91 161 euros.

Sur le grief tiré de la facturation d'actes ou de majorations non prescrits :

9. D'une part, aux termes de l'article R. 161-47 du code de la sécurité sociale : « *I.- La transmission aux organismes servant les prestations de base de l'assurance maladie des feuilles de soins est assurée dans les conditions ci-après définies. / Les feuilles de soin sont transmises par voie électronique ou par envoi d'un document sur support papier. / 1° En cas de transmission par voie électronique, le professionnel (...) transmet les feuilles de soins électroniques dans un délai dont le point de départ est la date fixée au 10° et au 11° de l'article R. 161-42 et qui est fixé à : / a) Trois jours ouvrés en cas de paiement direct de l'assuré ; / b) Huit jours ouvrés lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance de frais. / (...)* ». D'autre part, aux termes des dispositions liminaires du Titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels : « *Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales, les actes du titre XIV peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'Assurance Maladie, lorsqu'ils sont personnellement effectués par un masseur-kinésithérapeute, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription écrite du médecin mentionnant l'indication médicale de l'intervention du masseur-kinésithérapeute ; le médecin peut, s'il le souhaite, préciser sa prescription, qui s'impose alors au masseur-kinésithérapeute* ». Si ces dispositions laissent au masseur-kinésithérapeute, en l'absence de prescription médicale précise, le soin d'apprécier le nombre et le rythme des séances à réaliser, il en va différemment lorsque la prescription les a précisément définis, les termes de la prescription s'imposant dans cette hypothèse strictement au masseur-kinésithérapeute. S'agissant de la réalisation de soins à domicile, l'avenant n° 7 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes, approuvé par arrêté du 21 août 2023, précise que « *les partenaires conventionnels conviennent que l'indication « soins à domicile » sur l'ordonnance n'est plus obligatoire pour réaliser et facturer des soins au domicile* ».

10. M. X. n'a jamais transmis, pour l'un de ses patients, l'ordonnance du 2 avril 2018 à partir de laquelle il a facturé un certain nombre d'actes et que le médecin prescripteur a indiqué n'avoir jamais établie. S'il a indiqué avoir en sa possession d'autres prescriptions relatives à ce

patient, celles-ci n'ont jamais été transmises à la caisse. Les actes en cause doivent dès lors être regardés comme n'ayant pas été prescrits.

11. Il résulte par ailleurs de l'enquête conduite que pour quatre patients pour lesquels M. X. a facturé des soins à domicile antérieurement à l'entrée en vigueur de l'avenant n° 7, les ordonnances transmises à la caisse ne comportaient pas l'indication « soins à domicile ».

12. Enfin, pour quatre autres patients, les ordonnances transmises à la caisse ne portaient pas sur l'ensemble des actes facturés par M. X. qui n'a pas tenu compte de la limitation des soins fixée par le prescripteur en temps ou nombre de séances. Les ordonnances complémentaires que l'intéressé produit à l'instance n'ont pas été transmises en temps utile à la caisse et ne peuvent dès lors être prises en compte.

13. Il résulte de ce qui précède que le grief tenant à facturation d'actes ou de majorations non prescrits, pour un montant total de 113 040 euros, doit être retenu dans sa globalité.

Sur le grief relatif au non-respect des dispositions relatives aux bilans de kinésithérapie :

14. Aux termes du 2. « *Envoi du bilan-diagnostic kinésithérapique au médecin prescripteur* » de la section 2 « *Bilan-Diagnostic kinésithérapique effectué par le masseur-kinésithérapeute* » du chapitre I du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels : « *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 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. / À tout moment, notamment au vu de la fiche synthétique, le médecin prescripteur peut intervenir, en concertation avec le masseur-kinésithérapeute, pour demander une modification du protocole thérapeutique ou interrompre le traitement. / La fiche synthétique du bilan-diagnostic kinésithérapique est tenue à la disposition du patient et du service médical à sa demande* ». En outre, le référentiel fixé au chapitre II définit, notamment à l'article 1 A s'agissant de la prise en charge d'une lombalgie commune, que le traitement habituel nécessite de 1 à 15 séances, et qu'un accord préalable est nécessaire à partir de la 16^{ème} séance ou à partir de la 31^{ème} séances si 30 séances ont déjà été prises en charge à ce titre dans les 12 mois précédents.

15. Il résulte de la combinaison de ces dispositions s'agissant des soins soumis à référentiel, et notamment ceux dispensés à raison d'une lombalgie commune à partir de la 16^{ème} séance, qu'une fiche synthétique d'un bilan diagnostic doit être soumise au médecin prescripteur et jointe à une demande d'accord préalable adressée au service médical lorsque le nombre de séances prévu pour un traitement habituel est dépassé.

16. Pour treize de ses patients et alors que les ordonnances délivrées ne mentionnaient pas le nombre de séances à réaliser, M. X. a facturé des actes bien au-delà de 10 séances, sans facturer aucun bilan-diagnostic kinésithérapique. Il fait néanmoins valoir dans l'instance que ces bilans ont bien été établis et les produits, et il ne saurait lui être fait grief de ne pas les avoir facturés. Toutefois, et alors qu'il ressort de ces bilans que six des patients étaient concernés par une lombalgie commune ne justifiant en principe que 15 séances au maximum (dossiers 6, 9, 11, 16, 20 et 22) et que ce nombre a été largement dépassé, il est constant qu'aucune fiche synthétique d'un bilan diagnostic n'a jamais été transmise aux médecins prescripteurs, ni à la caisse dans le cadre d'une demande d'accord préalable. M. X. n'établit pas avoir tenté d'effectuer ces transmissions. Il ne saurait pas ailleurs se prévaloir de ce que la caisse n'avait pas relevé de difficulté à cet égard à l'occasion de son précédent contrôle, ce qui ne saurait être de nature à lui conférer un droit à méconnaître la réglementation. Dans ces conditions, le grief tenant au non-respect des dispositions relatives aux bilans de kinésithérapie doit être retenu, a minima à hauteur de la somme de 93 333 euros dont la facturation est mise en cause par la caisse pour ces six patients.

Sur le grief tenant à la facturation d'indemnités de déplacement non justifiées :

17. Aux termes de l'article 13.1 de la nomenclature générale des actes professionnels: *« Lorsque, au cours d'un même déplacement, (...) l'auxiliaire médical intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, pour effectuer des actes sur plus d'un patient, les frais de déplacement ne peuvent être facturés, selon les modalités prévues par l'article 13 ci-dessus, qu'une seule fois ».*

18. M. X. ne conteste pas qu'il a à tort facturé en double des indemnités de déplacement à raison des soins prodigués en même temps à deux de ses patients résidant au même domicile, pour un montant indu de 4 853 euros déjà inclus dans un autre grief.

19. Il résulte de tout ce qui précède que, au moins pour partie, chacun des griefs formulés par la caisse doit être retenu.

Sur les sanctions :

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

21. En premier lieu, les griefs évoqués ci-dessus ont le caractère de fautes, abus ou fraudes susceptibles de valoir à M. X. le prononcé d'une sanction en application des dispositions des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale. Ils ont généré pour la caisse un préjudice très important. M. X. a déjà fait l'objet de procédures de répétition d'indus en raison de griefs similaires, tenant notamment à l'échéance de prescriptions médicales. Dans ces circonstances, il sera fait une juste appréciation de la gravité des fautes commises par l'intéressé en lui infligeant la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pour une durée de six mois dont deux assortis de sursis.

22. En application des articles R. 145-42 et R. 145-59 du code de la sécurité sociale, le présent jugement deviendra définitif à l'expiration du délai d'appel de deux mois à compter de sa notification. Il y a dès lors lieu de fixer la prise d'effet de cette peine d'interdiction temporaire au 1^{er} août 2026. Cette sanction fera l'objet, à compter de cette même date, d'une publication par affichage dans les locaux administratifs ouverts au public de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pendant une durée de 4 mois.

D É C I D E :

Article 1^{er} : Il est infligé à M. X. la sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de 6 mois, dont 2 mois assortis du sursis.

Article 2 : La sanction prononcée à l'article précédent, pour la partie non assortie du sursis, prendra effet le 1^{er} août 2026 à 0h et cessera de porter effet le 30 novembre 2026 à minuit.

Article 3 : La publication de cette sanction 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 4 mois à compter de sa date d'effet.

Article 4 : Le présent jugement sera notifié au directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à M. X., 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, à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes

handicapées et à la ministre de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la souveraineté alimentaire.

Ainsi fait et délibéré par la présidente et les membres assesseurs à l'issue de l'audience publique du 10 avril 2026.

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,

C. POULLAIN

La secrétaire de la section des
assurances sociales

J. BRENCKLE

La République mande et ordonne à la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, 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.