

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES INFIRMIERS**

228, rue du Faubourg Saint Martin - 75010 PARIS
☎ 01 71 93 84 67 / 01 71 93 84 50 📠 01 71 93 84 95

SAS-CNOI-2018-00037 et SAS-CNOI-2018-00037-1

**Mme L contre caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône et Caisse
primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône contre Mme L**

Audience publique du 19 mai 2021

Décision rendue publique par affichage le 17 avril 2023

**LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE
L'ORDRE DES INFIRMIERS,**

Vu la procédure suivante :

Par une plainte enregistrée le 26 décembre 2016 au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône demande qu'il soit infligé à Madame L, infirmière libérale au X à Z, une des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale et que celle-ci soit condamnée à lui reverser la somme de 49 978,85 euros correspondant au trop-perçu.

Par une décision du 1^{er} décembre 2017, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a, faisant partiellement droit à la plainte du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, prononcé à l'encontre de Madame L la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de deux ans, dont un an avec sursis, et l'a condamnée à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 20 636,20 euros correspondant au trop-perçu.

Par une requête, enregistrée le 29 janvier 2018 au greffe de la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des infirmiers, Madame L demande l'annulation de la sanction disciplinaire qui lui a été infligée par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, la réduction à 4 607,40 euros de la somme correspondant au trop-perçu qu'elle a été condamnée à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône et le rejet du surplus de la plainte du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône. Elle soutient, en reprenant les termes de sa défense devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance, que :

- le contrôle réalisé présente un caractère abusif tenant aux nombreuses erreurs et confusions commises par l'agent enquêteur, aux moyens de preuve très relatifs et contestables dont a usé la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône et notamment l'audition de patients en état de faiblesse, à l'absence d'informations sur l'utilisation possible de leurs déclarations, à l'utilisation d'informations bancaires au mépris du respect de la vie privée et du secret bancaire et sans consentement préalable des patients à la communication de ces informations,
- les quelques anomalies de facturation retenues par les premiers juges ne sont fondées sur aucun élément probant et ne sauraient suffire à être qualifiées d'abus professionnel, lequel suppose des anomalies répétées et au caractère intentionnel, ce qui empêche qu'elles puissent entraîner une sanction,
- les seuls soins facturés à tort par Madame L concernent, contrairement aux allégations du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie, les injections d'insuline dans les dossiers n° 15 et n° 16 et les soins facturés par erreur dans le dossier n° 6, correspondant à la somme de 4607,40 euros, et non pas à la somme exorbitante de 49 978,85 euros réclamée par elle,
- la décision de première instance, qui a écarté à juste titre les réclamations de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône concernant des actes, majorations et indemnités de déplacements non réalisées dans les dossiers n° 8, n° 12 et n° 10, ainsi que des actes non médialement justifiés dans les dossiers n° 15 et n° 16, a à tort retenu les mêmes réclamations relatives aux dossiers n° 15 et n° 16, les cahiers de suivi des patients n° 15 et n° 16 concernant les années 2014 et 2015 prouvant la réalité des trois contrôles quotidiens de glycémie, pour des montants respectifs de 6 401,90 et 6 865,40 euros, au dossier n° 6, les actes facturés ayant été réalisés à bon droit pour un montant de 416 euros, au dossier n° 10, les actes non réalisés personnellement par elle, pour un montant de 1 969,20 euros, au titre des actes non prescrits, dans les dossiers n° 7 et n° 9, les frais de déplacement, pour des montants respectifs de 997,50 et 577,50 euros, les soins en cause ayant bien été prescrits à domicile par des ordonnances rectificatives et, dans les dossiers n° 8, n° 9 et n° 10, les sommes perçues, pour des montants respectifs de 50, 496,40 et 2 862,30 euros, qui ne l'ont pas été indûment en raison des modifications portées sur les ordonnances par les médecins prescripteurs eux-mêmes,
- et que, dès lors, les sanctions prononcées à son encontre du reversement d'un trop perçu d'un montant de 20 636,20 euros et de l'interdiction de dispenser des soins aux assurés sociaux sont excessives et disproportionnées, la première devant être ramenée à la somme, déjà remboursée, de 4 607,40 euros et la seconde devant être annulée en raison de sa bonne foi, de l'absence de gravité des faits et de la parfaite qualité des soins qu'elle a prodigués.

Par une requête en appel, enregistrée le 2 février 2018, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône demande que la décision du 1^{er} décembre 2017 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse soit réformée, en portant la sanction disciplinaire infligée à Madame L à un quantum important sans être assortie d'une période de sursis et en fixant le montant du trop-remboursé qu'elle a été condamnée à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône à la somme de 49 978,85 euros. Il soutient que :

- la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a considéré à tort que certains actes n'avaient pas été facturés indûment par Madame L, dès lors que, dans le dossier n° 8, la patiente elle-même a déclaré que les infirmières ne lui faisaient pas de piqûres d'insuline, conformément à ce qu'avait d'ailleurs reconnu initialement Madame L, que, dans le dossier n° 12, les déclarations de la patiente affirmant avec précision recevoir des soins uniquement le matin ont été écartées à tort au bénéfice de celles de Madame L et du responsable du centre d'hébergement, que, dans le dossier n° 10, le procès-verbal de l'inspecteur assermenté, lequel fait foi jusqu'à preuve contraire en application de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, fait

état d'un départ à l'étranger de l'assuré quatre jours puis en vacances tout le mois de juillet 2015 et que, dans le dossier n° 13, la somme de 55,20 euros, correspondant à des actes facturés pendant une hospitalisation du patient, n'a jamais été remboursée,

- la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance aurait dû retenir dans sa totalité le grief de la facturation d'actes, majorations et déplacements non réalisés

- elle a jugé à tort que « *la seule circonstance que les prescriptions ont été renouvelées sans examen des patients n'est pas, à elle seule, de nature à établir le caractère non médicalement justifié des actes prescrits, dès lors que le prescripteur avait, antérieurement, examiné à plusieurs reprises les patients et connaissait leur état de santé...* », les patients 15 et 16 présentant une pathologie qui ne nécessite ni injections d'insuline ni surveillance pluriquotidienne de la glycémie, alors que le patient 15 a bénéficié de 7 prescriptions médicales comportant par erreur des injections d'insuline, entre le 20 juin 2014 et le 1^{er} décembre 2015, alors même que le médecin ne l'avait pas vu entre le 11 avril 2014 et le 13 janvier 2015, et que la patiente 16 a fait l'objet de prescriptions, les 20 juin 2014 et 19 septembre 2014, rédigées à la demande de Madame L sans avoir été précédées d'un examen médical,

- et que, par voie de conséquence, le trop-perçu que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a condamné Madame L à reverser s'élève à la somme de 49 978,85 euros et non pas à celle de 20 636,20 euros et que la sanction de l'interdiction de dispenser des soins aux assurés sociaux qu'elle a prononcée à son encontre doit être d'une durée proportionnée aux griefs retenus et ne pas être assortie d'une période de sursis.

Par un mémoire, enregistré le 12 mars 2018 au greffe de la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des infirmiers, Madame L conclut d'une part au rejet de la requête du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône et, d'autre part, à ce que soit annulée la sanction de l'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de deux ans, dont un an avec sursis qui lui a été infligée en première instance et à ce que le montant de la somme qu'elle a été condamnée à reverser soit ramené de 20 636,20 à 4 607,40 euros. Elle soutient que cette requête du directeur de la caisse primaire est irrecevable faute d'être accompagnée d'une pièce ou d'un élément de nature à fonder sa réclamation et qu'elle ne peut qu'être rejetée pour les motifs qu'elle a développés en première instance et rappelés dans sa requête d'appel.

Elle soutient en outre que les griefs invoqués par le directeur de la caisse primaire ne reposent sur aucun fondement sérieux et qu'en particulier c'est à bon droit que, par sa décision, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a jugé qu'elle avait facturé à juste titre certains actes, majorations et indemnités de déplacement car :

- dans le dossier n° 8, elle avait fait dans ses premières déclarations une confusion avec les dossiers n° 15 et n° 16 en reconnaissant initialement n'avoir pas fait à la patiente des piqûres d'insuline, que son médecin traitant a reconnu avoir prescrites et qu'elle a bien réalisées,

- dans le dossier n° 12, le responsable du centre d'hébergement où résidait la patiente a déclaré sans équivoque qu'elle avait bien réalisé tous les soins prescrits, contrairement aux déclarations de la patiente que son état de faiblesse ne rend pas crédibles,

- dans le dossier n° 10, la facturation opérée n'a pas été faite à tort, son patient, qui était en état de faiblesse lorsqu'il a rencontré le contrôleur en charge de l'enquête, ayant lui-même attesté qu'il n'était pas parti en vacances durant la période concernée par le contrôle mais à une date où les soins avaient cessé, et la caisse ayant confondu les années 2014 et 2015,

- et, dans le dossier n° 13, elle a apporté la preuve qu'elle a effectivement remboursé à la caisse primaire la somme de 55,20 euros, correspondant à des actes facturés pendant une hospitalisation du patient et en fait non réalisés.

Elle soutient en outre que, contrairement à ce qu'estime le directeur de la caisse primaire, c'est à tort que, dans les dossiers n° 15, n° 16 et n° 10, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a retenu le grief de facturation d'actes, majorations et déplacements non réalisés car :

- dans les dossiers n° 15 et n° 16, elle apporte les pièces justifiant qu'elle a procédé au remboursement des sommes qu'il lui est reproché d'avoir facturées à tort, il s'agit d'une erreur du médecin ayant prescrit des injections d'insuline et d'un manque de vigilance de sa part au moment de la facturation, sans aucun caractère intentionnel puisque ces injections n'étaient pas portées sur le cahier de suivi de soins des deux patients concernés,
- dans ces deux dossiers, s'il lui a été reproché de facturer au patient concerné dans le premier cas trois passages par jour pour contrôle glycémique alors qu'elle n'intervenait que deux fois par jour, c'est en raison de la nouvelle prescription médicale intervenue en 2016 faisant passer à deux, et non plus à trois comme à l'époque du contrôle médical en 2014 et 2015, le nombre de ses passages quotidiens pour effectuer des contrôles glycémiques et, dans le second cas, trois puis deux passages par jour pour contrôle glycémique d'une patiente alors qu'elle n'intervenait que deux puis une fois par jour, c'est pour la même raison liée aux prescriptions médicales intervenues fin 2015 puis en 2016, où le contrôle supplémentaire mentionné sur le cahier de soins n'était pas facturé, alors qu'en 2015 tous les contrôles étaient effectués et facturés à juste titre,
- dans le dossier n° 10, la facturation d'actes le dimanche a été faite à bon droit puisque, à l'exception de douze journées de soins, ces actes étaient effectués personnellement par elle et non par une remplaçante, ce dont le patient a attesté lui-même, en revenant sur sa première déclaration ne citant que sa remplaçante, déclaration que la caisse primaire aurait dû retenir avec précaution s'agissant d'un patient atteint de troubles psychosomatiques et psychiatriques.

Elle soutient également que c'est en revanche à bon droit que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance n'a pas retenu le grief de facturation d'actes non médicalement justifiés dans les dossiers n° 15 et n° 16, concernant respectivement son père et sa mère, dès lors que, d'une part ils présentent tous deux une pathologie exonérante au titre de l'affection de longue durée dont le traitement nécessitait, ainsi qu'en ont attesté plusieurs médecins au vu de leur état de santé à cette époque, dont les déclarations ont pu à juste titre être prises en considération en première instance au même titre que les conclusions arbitraires rendues deux ans après par le médecin-conseil de la caisse, des injections et une surveillance glycémique, trois fois par jour et à horaires fixes, prescrites par un médecin, soit après un examen médical, soit par simple renouvellement destiné à assurer la continuité de soins, et dont il ne lui appartenait pas de juger de la nécessité, et que, d'autre part, les premiers juges ont à juste titre considéré que des prescriptions avaient pu être renouvelées par le médecin traitant pendant la période en cause sans examen de ses patients, qui présentaient une pathologie de longue durée à évolution lente, qu'il avait antérieurement examinés à plusieurs reprises et dont il connaissait parfaitement l'évolution de l'état de santé.

Elle soutient en outre que c'est à tort que, contrairement à ce qu'estime le directeur de la caisse primaire, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a retenu le grief tiré de la facturation d'actes et de déplacements sans prescriptions médicales, pour un montant total de 4 983,70 euros, dans les dossiers n° 7 et n° 9 pour lesquels elle a produit des ordonnances rectificatives justifiant la perception d'indemnités de déplacements en règlement de soins prescrits et effectivement réalisés au domicile des patients, et dans les dossiers n° 8, n° 9 et n° 10, pour lesquels elle a prouvé qu'elle n'avait pas facturé des soins en enfreignant les dispositions de l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels, dès lors que ces soins avaient été prodigués en application d'ordonnances qui n'avaient pas été ultérieurement modifiées par elle quant à leur date ou leur durée de validité mais rectifiées par les

médecins prescripteurs eux-mêmes, de leur propre initiative, afin que les patients dont ils assuraient le suivi sur le long terme bénéficient d'une prise en charge optimale dans le respect du principe de la continuité des soins.

Elle soutient enfin que le caractère abusif du contrôle réalisé sur son activité et les faits qui lui sont reprochés ne justifient pas les demandes du directeur de la caisse primaire d'un remboursement d'indu porté à 49 978,85 € et de la sanction d'une interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux proportionnée à la gravité des griefs retenus qui serait d'un *quantum* important et non assortie d'une période de sursis, dès lors que, d'une part, le seul préjudice que la caisse primaire d'assurance maladie pourrait invoquer s'élève à la somme de 4 607,40 euros, soit la somme qu'elle lui a remboursée, et que, d'autre part, sa bonne foi et les quelques erreurs de facturation qu'elle a commises et qu'elle reconnaît ne sauraient justifier la sanction disproportionnée réclamée par la caisse primaire sans que celle-ci ait apporté la preuve du caractère intentionnel et répétitif de ces erreurs de facturation.

Par un mémoire en réponse, enregistré le 27 avril 2018, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et au rejet de la requête de Madame L.

Il soutient, en ce qui concerne la facturation d'actes, majorations et indemnités de déplacement non réalisés, que Madame L n'apporte pas la preuve que c'est à tort que les juges de première instance ont retenu ce grief :

- dans les dossiers n° 15 et n° 16, dans lesquels elle a reconnu des injections d'insuline facturées à tort à ses patients et a facturé trois passages quotidiens pour contrôle glycémique alors qu'elle n'intervenait que deux fois par jour, la production en appel des cahiers de suivi de ces patients pour les années 2014 et 2015, non fournis en première instance, paraissant étonnante s'agissant de patients qui sont respectivement le père et la mère de l'infirmière, et la caisse n'ayant par ailleurs reçu aucun règlement des indus concernant les injections d'insuline prétendument remboursés par elle de son propre chef,
- dans le dossier n° 6, dans lequel il est prouvé qu'elle a facturé des soins à un patient en août 2015 alors que celui-ci était alors parti en vacances et où la caisse primaire n'a par ailleurs reçu aucun règlement des indus concernant des soins effectués en 2014 et reconnus comme étant facturés à tort, prétendument remboursés par elle de son propre chef,
- et dans le dossier n° 10, dans lequel l'attestation de son patient fournie par Madame L ne contredit pas ses précédentes déclarations selon lesquelles ce n'était pas elle mais sa remplaçante qui venait à son domicile effectuer le dimanche des soins, lesquels ont donc été facturés indûment par l'infirmière.

Il soutient en outre, en ce qui concerne les actes, majorations et indemnités de déplacements facturés indûment par Madame L, que c'est à tort que les juges de première instance ont écarté le grief :

- dans le dossier n° 8, où la prétendue confusion de l'infirmière avec les dossiers n° 15 et n° 16 ne justifie pas la facturation d'injections d'insuline qui n'ont pas été réalisées,
- dans le dossier n° 12, où les déclarations très précises de la patiente selon lesquelles elle ne voyait l'infirmière qu'une fois par jour, alors que celle-ci facturait deux passages par jour, n'avaient pas de raison d'être écartées au profit de l'attestation de la responsable du centre d'hébergement les contredisant formellement, l'état de santé de la patiente ne le justifiant pas,
- dans le dossier n° 10, pour lequel le préjudice réclamé, pour ce grief, s'élève à la somme de 799,30 euros et non pas à celle de 1 215,30 euros, laquelle correspond à la totalité du préjudice subi dans les dossiers n° 10 et n° 6, et où il appartenait à Madame L d'apporter la preuve que les

procès-verbaux de l'inspecteur assermenté de la caisse primaire étaient erronés, ce qu'elle ne peut faire au moyen d'attestations de son patient dont elle invoque elle-même l'état de faiblesse,
- et dans le dossier n° 13, pour lequel Madame L n'a pas réglé la somme de 55,20 euros correspondant à des actes non réalisés qu'elle prétend avoir remboursée.

Il soutient enfin que les juges de première instance ont écarté à tort, dans les dossiers n° 15 et n° 16, le grief de la facturation d'actes non médicalement justifiés au motif que ce critère ne pouvait pas être établi par la seule circonstance que les prescriptions ont été renouvelées, pendant la période considérée, sans examen des patients dès lors que le médecin prescripteur les avait examinés auparavant à plusieurs reprises et connaissait leur état de santé, car ce médecin ne pouvait établir en raison de ces examens répétés une prescription médicale qualitative et quantitative en corrélation avec leur état de santé, celui-ci ayant pu largement évoluer au cours des neuf mois et six mois s'étant écoulés respectivement depuis leur dernière visite où il leur avait prescrit ces soins.

Par un mémoire, enregistré le 4 juin 2018, Madame L conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et que son précédent mémoire par les mêmes moyens.

Elle soutient en outre que le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ne joint à l'appui de son dernier mémoire aucun élément destiné à fonder sa réclamation, qu'il n'a pas été en mesure de démontrer le caractère répétitif et intentionnel des anomalies retenues afin de justifier d'abus professionnels donnant lieu à sanction, que le contrôle dont elle a fait l'objet est irrégulier faute pour l'inspecteur qui en était en charge d'avoir respecté le principe du contradictoire en ne lui communiquant pas, préalablement à son audition, l'identité des patients qu'il entendait interroger et les éléments utiles à la préparation de sa défense, entraînant l'irrecevabilité de la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie, que par courrier recommandé en date du 15 mai 2018, elle a adressé à la caisse primaire d'assurance maladie un chèque couvrant le remboursement des sommes perçues à tort suite aux erreurs de facturation dans les dossiers n° 15, n° 16 et n° 6, encaissé par la suite par la caisse, que, s'agissant des actes qualifiés par la caisse primaire de non médicalement justifiés dans les dossiers n° 15 et n° 16, concernant des patients présentant une pathologie de longue durée à évolution lente, seul le médecin prescripteur est en tout état de cause en mesure de répondre des ordonnances de renouvellement de soins établies durant la période déterminée dont il est le seul à pouvoir apprécier leur nécessité et que, dans les dossiers n° 8, n° 9 et n° 10, c'est à tort que les premiers juges ont écarté le principe de la continuité des soins, en affirmant que les prescriptions médicales avaient fait l'objet de modifications manuscrites au prétexte que les visites médicales des patients avaient eu lieu à d'autres dates, alors qu'ils ont statué en sens contraire dans les dossiers n° 15 et n° 16 au titre des griefs concernant les actes non médicalement justifiés, et qu'à ce titre, leur décision doit être modifiée en reconnaissant que, dans les trois dossiers en cause, les sommes de 50 euros, 496,40 euros et 2 862,30 euros ont été perçues à bon droit en raison des modifications portées sur les ordonnances par les médecins prescripteurs eux-mêmes.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 1^{er} août 2018, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel quant à la sanction disciplinaire à infliger à Madame L, à ce que le montant du trop-remboursé que celle-ci a été condamnée à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône soit porté à la somme de 45 371,45 euros et au rejet de sa requête par les mêmes moyens.

Il soutient en outre que le contrôle d'activité dont a fait l'objet Madame L a été régulier, les personnes interrogées par l'inspecteur assermenté de la caisse primaire n'ayant pas été prévenues de l'enquête la concernant, contrairement aux patients qu'elle a interrogés dont les attestations ont été

rédigées à sa demande, que le principe du respect du contradictoire n'avait pas à être respecté dans la phase d'investigations que constitue le contrôle des services de la caisse et qu'il l'a été après l'engagement de la procédure ordinale.

Il soutient également, en ce qui concerne les actes, majorations et indemnités de déplacement facturés et reconnus non réalisés par la juridiction de première instance, que s'agissant des dossiers n° 15 et n° 16, l'infirmière est, en application des dispositions de l'article R. 161-43-1 du code de la sécurité sociale, responsable de sa facturation, que Madame L produit curieusement au soutien de son argumentation, pour la première fois en appel, les cahiers de suivi des années 2014 et 2015 concernant le contrôle de la glycémie des deux patients concernés, qui sont respectivement son père et sa mère, alors qu'elle ne les a pas produits en première instance, que le préjudice subi dans ces dossiers s'élevant respectivement aux sommes de 6 401,90 euros et 6 865,40 euros, les chèques envoyés à la caisse primaire par l'infirmière ne correspondent pas aux sommes retenues en première instance, les montants du préjudice restant dus s'élevant respectivement à 4 139,30 euros et 4 683,80 euros, et que Madame L n'apporte aucun élément nouveau par rapport à sa précédente argumentation au sujet du dossier n° 6, pour lequel la somme remboursée par elle s'élevant à 163,20 euros pour un préjudice subi par la caisse primaire et retenu par la décision de première instance de 416 euros, la somme restant due s'élève à 252,80 euros ; que, s'agissant des griefs non retenus par la juridiction de première instance, la valeur probante des procès-verbaux établis par l'inspecteur assermenté de la caisse primaire dans le dossier n° 10 étant incontestable jusqu'à preuve contraire en application de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, il lui appartenait d'apporter cette preuve, ce qu'elle n'a pas fait en invoquant l'état de faiblesse de son patient tout en produisant des attestations de ce dernier pour contredire les déclarations faites à cet inspecteur et que, dans le dossier n° 13, le préjudice d'un montant de 55,20 euros n'a jamais été remboursé, l'encaissement de cette somme par la caisse primaire ayant été instantanément annulé le 21 juin 2017.

Il soutient en outre, en ce qui concerne la facturation d'actes non médicalement justifiés qui sont reprochés à l'infirmière dans les dossiers n° 15 et n° 16 concernant son père et sa mère, qu'elle n'apporte dans son mémoire aucun élément nouveau relatif à ce grief, pour lequel le préjudice en abus d'honoraires subi par la caisse primaire s'élève respectivement à 11 780,80 euros et 12 993,15 euros, et qu'il en est de même en ce qui concerne les actes non prescrits et facturés sur la base de prescriptions médicales falsifiées.

Il fait valoir enfin qu'outre ces deux dernières sommes, le préjudice subi par la caisse reste de 15 613,80 euros pour la facturation d'actes non effectués et de 4 983,70 euros pour la facturation d'actes et déplacements non prescrits, soit un préjudice total subi par elle de 45 371,45 euros.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 28 septembre 2018, Madame L conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et que ses précédents mémoires par les mêmes moyens.

Elle soutient en outre que le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ne joint à l'appui de son dernier mémoire aucun élément de nature à fonder sa réclamation, qu'il n'oppose en défense aucune argumentation sérieuse de nature à contredire efficacement sa position selon laquelle les contrôles glycémiques facturés dans les dossiers n° 15 et n° 16 durant la période objet du contrôle correspondaient bien aux soins réalisés, qu'elle a effectué spontanément des remboursements dans ces deux dossiers en adressant le 15 mai 2018 un chèque couvrant, déduction faite de la facturation des majorations pour actes uniques, le remboursement des sommes perçues à tort suite aux erreurs de facturation, chèque encaissé par la caisse primaire d'assurance

maladie, qu'elle en a fait de même pour les remboursements opérés quant aux soins effectués à tort dans le dossier n° 6, sauf pour ceux effectués du 12 au 19 août 2015 qui ont été effectivement réalisés, qu'elle n'a pas perçu indûment la somme de 416 euros dans ce dossier, et que dans le dossier n° 10, l'attestation rectificative du patient justifie clairement que c'était à bon droit qu'elle avait facturé les actes, déplacements et majorations effectués par ses soins le dimanche.

Elle soutient en outre que les griefs s'agissant de certains actes qui auraient été facturés indûment ont été, contrairement à ce que prétend le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, écartés à juste titre par la décision de première instance jugeant qu'elle n'avait pas facturé indûment des injections d'insuline dans le dossier n° 8, ainsi que l'atteste le médecin les ayant prescrites, qu'elle avait bien réalisé des soins dans le dossier n° 12 comme le déclare le responsable du centre d'hébergement, que la facturation opérée dans le dossier n° 10 l'avait été à bon droit s'agissant de soins effectués du 1^{er} au 19 juillet 2015, son patient n'ayant pas été en mesure de s'absenter à cette date, et que dans le dossier n° 13, l'erreur relative à des soins facturés pendant la période d'hospitalisation du patient concerné, pour un montant de 55,20 euros, avait été corrigée par le remboursement de cette somme.

Elle soutient également qu'en ce qui concerne la facturation d'actes non médicalement justifiés, les ordonnances de renouvellement de soins ont bien été établies dans les dossiers n° 15 et n° 16 par le médecin qui avait une parfaite connaissance de l'évolution de l'état de santé des patients et que, s'agissant de la facturation d'actes non prescrits, c'est à bon droit qu'elle a facturé les soins réalisés à domicile dans les dossiers n° 7 et n° 9.

Elle soutient enfin qu'en ce qui concerne le remboursement du trop-perçu, les sommes facturées à tort s'élevant à 2 262,60 euros pour le dossier n° 15, 2 181,60 euros pour le dossier n° 16 et 163,20 euros pour le dossier n° 6, pour un remboursement effectué par elle de 4 607,40 euros, il n'y a pas lieu de lui imposer un remboursement et que, s'agissant de la sanction, compte tenu du contexte et de l'absence de gravité des faits qui lui sont reprochés, aucune interdiction temporaire de droit de dispenser des soins aux assurés sociaux ne doit lui être infligée.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 29 octobre 2018, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et ses précédents mémoires. Il fait valoir que le dernier mémoire de Madame L n'apporte aucun élément nouveau.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 30 novembre 2018, Madame L conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et que ses précédents mémoires par les mêmes moyens.

Elle soutient en outre que le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, en se limitant dans son dernier mémoire à maintenir ses précédentes conclusions, illustre son attitude constante de ne jamais apporter de réponse aux éléments qu'elle produit, d'affirmer les griefs invoqués sans jamais les justifier et de maintenir des griefs arbitraires parce que ne reposant plus sur aucun indu en raison des sommes remboursées par elle et encaissées par la caisse.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 11 janvier 2019, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et ses précédents mémoires, par les mêmes moyens et en outre par le moyen que le préjudice subi par la caisse primaire et retenu par la décision de première instance dans le dossier n° 6 s'élevant à la somme de 416 euros, la somme reversée par Madame L ne correspond pas à ce montant et que la somme restant due par elle s'élève pour ce dossier à 252,80 euros, portant le reversement du

trop-remboursé demandé à la somme totale de 45 371,45 euros, et que sa demande ne porte pas seulement sur ce reversement mais également sur la sanction du comportement de l'infirmière.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 18 février 2019, Madame L conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et que ses précédents mémoires par les mêmes moyens.

Elle soutient en outre que, dans les dossiers n° 15 et n° 16, c'est à juste titre qu'elle a, lors de la restitution des sommes indues, déduit du calcul des soins facturés à tort le coût des contrôles glycémiques facturés à bon droit pour la période concernée, soins prescrits et réalisés auprès des patients, assorti des Majorations d'Actes Uniques (MAU), tout en procédant au remboursement des seules injections d'insuline facturées indûment, soit les sommes respectives de 2 262,60 € et de 2 181,60 € alors que la caisse primaire prétend que seraient encore dues respectivement les sommes de 1 696,95 € et de 1 636,20 €, et que les seules sommes facturées par elle à tort s'élèvent à 4 607,40 euros.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 27 mars 2019, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône conclut aux mêmes fins que sa requête d'appel et que ses précédents mémoires, par les mêmes moyens.

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de justice administrative ;

Vu l'ordonnance n° 2020-1402 du 18 novembre 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre administratif et les ordonnances SAS-CNOI-2018-00037 et SAS-CNOI-2018-00037-1 du 20 avril 2021 par lesquelles le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des infirmiers a décidé de faire application de l'article 2 de cette ordonnance ;

Vu 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 ;

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

Après avoir entendu le 19 mai 2021 en séance publique, tenue en visioconférence :

- le rapport lu par Madame le Docteur Nathalie Delerue ;
- Madame L et son conseil, Me K, convoqués, présents et entendus ;
- le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, convoqué, présent et entendu ;
- Madame L a eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant ce qui suit :

1. Madame L, infirmière libérale, a fait l'objet d'un contrôle de son activité par la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, portant sur les factures ayant donné lieu à remboursement par l'assurance-maladie entre le 1^{er} janvier 2014 et le 4 octobre 2015. Seize dossiers ont fait l'objet d'un contrôle exhaustif, comprenant pour cinq d'entre eux l'audition du patient. A l'issue de ce contrôle, le directeur de la caisse primaire a saisi le 26 décembre 2016 la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse d'une plainte contre Madame L, en lui reprochant sur cette période le non-respect de l'article 5 du titre I^{er} de la nomenclature générale des actes professionnels en ce qui concerne la facturation d'actes non effectués, pour un montant de 20 221,20 euros, la facturation d'actes non médicalement justifiés, pour un montant de 24 773,95 euros, et la facturation d'actes et de déplacements non prescrits, pour un montant de 4 983,70 euros. Par décision en date du 1^{er} décembre 2017, la section des assurances sociales a prononcé à l'encontre de Madame L la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux ans, dont un an avec sursis, assortie d'une publication par affichage dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, et lui a infligé le reversement du trop-remboursé d'un montant de 20 636,20 euros. Madame L et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône ont interjeté appel de cette décision devant la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des infirmiers et ont chacun produit un mémoire d'appel et plusieurs mémoires.

Sur la jonction

2. Madame L et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône font appel de la décision du 1^{er} décembre 2017, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a infligé à Madame L la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux ans, dont un an avec sursis, assortie d'une publication par affichage dans les locaux de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, et l'a condamnée au reversement du trop-remboursé d'un montant de 20 636,20 euros.

Il y a lieu de joindre ces deux requêtes, qui sont dirigées contre la même décision et concernent les mêmes faits, et de statuer par une même décision.

Sur la recevabilité de l'appel formé par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône

3. Il résulte des dispositions de l'article R. 145-59 du code de la sécurité sociale que la demande en appel d'une décision rendue par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des infirmiers doit comporter l'exposé des moyens sur lesquels se fonde le requérant pour en demander l'annulation.

Contrairement à ce que soutient Madame L, l'appel formé par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, développé dans ses mémoires ultérieurs, après avoir rappelé les faits, contient l'énoncé de ses conclusions à l'encontre de la décision du 1^{er} décembre 2017 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse et des moyens soulevés au soutien de celles-ci, conformément aux dispositions rappelées

ci-dessus. Madame L n'est dès lors pas fondée à soutenir que cette requête du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône serait, faute de contenir une pièce ou un élément de nature à fonder sa réclamation, irrecevable.

Sur la régularité de la procédure de contrôle de l'activité de Madame L

4. Madame L fait valoir que le contrôle dont elle a fait l'objet a méconnu le principe du contradictoire car l'inspecteur en charge du contrôle ne lui a pas communiqué, préalablement à son audition, l'identité des patients qu'il entendait auditionner et les éléments utiles à la préparation de sa défense et que ce contrôle a présenté un caractère abusif tenant aux nombreuses erreurs commises et aux moyens de preuve contestables utilisés lors de ce contrôle. Toutefois, les conditions dans lesquelles a été réalisée par l'assurance maladie l'enquête préalable à la saisine de la juridiction disciplinaire sont, en tout état de cause, sans influence sur la recevabilité de la plainte. Il appartient, en effet, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'ordre des infirmiers d'apprécier la valeur et la portée des seuls éléments qui lui sont soumis dans le cadre de la procédure contradictoire qui se déroule devant elle, et au vu notamment des explications fournies par l'infirmier incriminé. Dans ces conditions, les arguments invoqués par Madame L et tirés de ce que la procédure de contrôle de son activité n'aurait pas été régulière, ne peuvent qu'être écartés.

En ce qui concerne la facturation d'actes non réalisés

5. Dans sa plainte contre Madame L, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône lui a reproché, sur la période allant du 1^{er} janvier 2014 au 4 octobre 2015, le non-respect de l'article 5 du titre I^{er} de la nomenclature générale des actes professionnels en ce qui concerne la facturation d'actes non effectués, pour un montant de 20 221,20 euros. La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a jugé qu'il n'y avait pas lieu de se prononcer sur ce grief dans le dossier n° 13, qu'il ne devait pas être retenu dans le dossier n° 8, dans certains des actes du dossier n° 10, dans le dossier n° 12 mais qu'il devait l'être en revanche dans le dossier n° 6, dans certains des actes du dossier n° 10, et dans les dossiers n° 15 et n° 16.

6. En premier lieu, dans le dossier n° 13, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône conteste, ce qu'il n'avait pas fait en première instance, que Madame L ait remboursé la somme de 55,20 euros, correspondant à des actes facturés à un patient pendant une hospitalisation et en fait non réalisés. Toutefois, il résulte de l'instruction que Madame L a produit en première instance une attestation en date du 13 janvier 2017 de la société gérant la facturation et la télétransmission de ses actes qu'il allait être procédé à une demande d'indus et sa demande de la même date à la caisse primaire de lui retirer cette somme, et qu'elle produit en appel un mail d'un chargé d'affaires de sa banque confirmant le débit de son chèque pour un montant de 55,20 € en date du 22 juin 2017. Dès lors, faute pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône d'apporter la preuve que, ainsi qu'il l'affirme, l'encaissement de cette somme a fait l'objet d'une annulation le 21 juin 2017, il n'est pas fondé à contester la position prise dans ce dossier par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance.

7. En deuxième lieu, il résulte de l'instruction que, dans le dossier n° 8, la patiente pour laquelle Madame L a facturé deux injections quotidiennes d'insuline entre le 16 septembre 2014 et le 15 mars 2015, a déclaré que les infirmières ne lui faisaient pas de piqûres d'insuline, ce que l'infirmière a d'ailleurs elle-même reconnu initialement, et que si Madame L a ensuite attesté

le 12 avril 2017 avoir fait une confusion avec les dossiers n° 15 et n° 16 qui sont ceux de ses parents, et avoir bien réalisé ces piqûres d'insuline sur la base d'une ordonnance médicale du 15 septembre 2014 comportant une prescription d'injection d'insuline et de contrôles glycémiques, déclaration confirmée par une attestation d'un médecin en date du 12 janvier 2017 certifiant les avoirs prescrites, aucune consultation n'a été facturée par le médecin ayant introduit cette insulinothérapie, laquelle aurait dû être accompagnée d'un protocole de traitement, Madame L déclare dans sa seconde attestation, rédigée en termes plus vagues que la première et beaucoup moins crédible, avoir confondu le dossier de sa patiente avec celui de ses parents, ne précise pas la période supposée d'insulinothérapie et est peu convaincante dès lors que l'insuline Lantus prescrite selon elle, sans pour autant présenter l'ordonnance correspondante, est d'action prolongée et ne s'injecte qu'une seule fois par jour. Dès lors, Madame L a bien, contrairement à ce qu'a jugé la décision de première instance, facturé des deux actes médicaux infirmiers (AMI) par jour pendant la période en cause sans les réaliser, pour un montant de 1 077,30 euros, et a ainsi méconnu les dispositions précitées de l'article 5 du titre I^{er} de la nomenclature générale des actes professionnels

8. En troisième lieu, il ressort des pièces du dossier que, dans le dossier n° 12, la responsable du centre d'hébergement Y où résidait la patiente de Madame L a déclaré sans équivoque le 12 janvier 2017 que celle-ci avait bien réalisé tous les soins prescrits à sa patiente, à raison de deux passages par jour pendant trois mois, dimanches et jours fériés compris, contrairement aux déclarations de la patiente, lesquelles ne sont pas précises comme le prétend le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône et sont peu crédibles du fait de son état de faiblesse, attestant que les infirmières venaient une fois par jour, le matin. Dès lors, contrairement à ce que soutient le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône et ainsi que l'a jugé la décision de première instance, il n'est pas établi que les soins prescrits n'ont pas été effectués et que la somme correspondant à ces actes, d'un montant de 1 723,90 euros, aurait été facturée indûment.

9. En quatrième lieu, il ressort de l'instruction que, dans le dossier n° 10, le patient de Madame L, qui avait déclaré à l'inspecteur chargé du contrôle de l'activité de cette dernière être parti en vacances pendant tout le mois de juillet 2015, a par la suite attesté ne pas avoir été en mesure, en raison de l'aggravation de son état de santé, lequel l'a d'ailleurs conduit à l'hôpital, de partir en vacances, comme il avait pu le faire l'année précédente, pendant la période du 1^{er} au 19 juillet 2015 durant laquelle Madame L lui a prodigué les soins contestés par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, avoir bien reçu des soins de sa part et ne se souvenant pas avoir déclaré être parti pendant cette période à l'inspecteur chargé du contrôle. Par suite, le procès-verbal de ce dernier, qui ne fait sur ce point que relater les déclarations recueillies du patient de Madame L, ne peut être considéré comme établissant l'absence des soins contestés. Dès lors, faute pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône d'apporter cette preuve, il n'est pas fondé à contester la position prise dans ce dossier par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et à réclamer à Madame L la somme de 799,30 euros.

10. En cinquième lieu, il résulte de l'instruction que, dans le même dossier n° 10, Madame L a affirmé lors de son audition avoir effectué personnellement des soins sur son patient le dimanche, et qu'après avoir déclaré que seule la remplaçante de Madame L était intervenue les rares dimanches où il avait eu besoin de soins, le patient a rectifié son témoignage en attestant que l'infirmière et sa remplaçante ont effectué les soins qui lui étaient prescrits, y compris les dimanches. Madame L est par suite fondée à soutenir que c'est à tort qu'en présence de ces témoignages contradictoires, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de

première instance a jugé qu'avaient été facturés indûment 252 AMI 1, 108 indemnités forfaitaires de déplacement, 45 majorations jours fériés et dimanches et 36 majorations de nuit, au motif qu'ils avaient été effectués par une remplaçante, causant à la caisse primaire un préjudice de 1 969,20 euros.

11. En sixième lieu, il résulte de l'instruction que, dans le dossier n° 6, le patient auquel il est reproché à Madame L d'avoir facturé pendant les mois d'août 2014 et d'août 2015, 40 actes infirmiers de soins (AIS 3) et 20 indemnités forfaitaires de déplacement alors que son patient était parti à l'étranger, a déclaré dans un premier temps à l'inspecteur chargé du contrôle être parti en vacances, comme il le fait tous les ans, une semaine en août 2014 et une semaine en août 2015, puis dans un second temps, avoir prêté du 12 au 19 août 2015 sa carte bancaire à son père, ce qu'a confirmé celui-ci, et que l'infirmière ayant assuré le remplacement de Madame L pendant cette dernière période a déclaré attester de la présence du patient, confirmée par des feuilles de soins. Dès lors, Madame L, qui a admis les factures erronées d'août 2014 et en a spontanément remboursé le montant à concurrence de 163,20 euros, ce qui est reconnu par la caisse primaire, est fondée à soutenir que c'est à tort que, sans tenir compte de cette dernière déclaration, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a jugé qu'il n'était pas affirmé que le patient ne serait pas parti en vacances en août 2015 et que les actes en cause avaient donc été facturés indûment, pour un montant de 416 euros, et à demander que sa décision soit réformée sur ce point en ramenant ce montant à la somme de 163,20 €, reconnue et remboursée par elle.

12. En septième et dernier lieu, il résulte de l'instruction que Madame L a facturé, entre le 1^{er} janvier 2014 et le 19 mars 2015 dans le dossier n° 15 et entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} mars 2015 dans le dossier n° 16, trois injections d'insuline par jour pour chacun de ses deux patients, lesquelles avaient été prescrites par erreur, sans avoir été précédées de la consultation de leur médecin, et que ces deux patients, qui sont respectivement son père et sa mère, n'étaient ainsi qu'elle le reconnaît pas insulino-traités, et qu'elle a facturé pour la période du 1^{er} janvier 2014 au 4 octobre 2015 pour le premier patient et du 2 mars et le 4 octobre 2015 pour le second patient, trois contrôles glycémiques par jour attestés selon elle par les cahiers de 2014 et 2015 qu'elle produit tardivement en appel, sans les avoir transmis dès le début de la procédure, alors que, selon le constat de l'inspecteur de la caisse primaire, seuls deux passages quotidiens avaient été répertoriés et que ceux-ci étaient par ailleurs non justifiés pour des patients non insulino-traités. Ainsi que l'a jugé la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance, Madame L a ainsi facturé à tort dans le dossier n° 15, du 1^{er} janvier 2014 et le 19 mars 2015, 1676 AMI 1 et 15 indemnités forfaitaires de déplacement puis, entre le 20 mars et le 4 octobre 2015, 155 AMI 1, 155 indemnités forfaitaires de déplacement et 155 Majorations d'Actes Uniques (MAU) concernant son père, pour un montant de 6 401,90 euros, et, dans le dossier n° 16 concernant sa mère, 1616 AMI 1 et 404 indemnités forfaitaires de déplacement entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} mars 2015 puis 170 AMI 1 et 170 MAU entre le 2 mars et le 4 octobre 2015, pour un montant de 6 865,40 euros. Elle n'est par suite pas fondée à demander l'annulation de la décision de première instance en tant que celle-ci l'a condamnée au remboursement de ces actes facturés à tort, pour des montants de 6 401,90 euros et de 6 865,40 euros, montants dont il appartiendra au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône de déduire les sommes déjà versées par chèque par Madame L pour chacun des deux dossiers et encaissées par sa caisse.

En ce qui concerne la facturation d'actes, majorations et indemnités non médicalement justifiés

13. Dans sa plainte contre Madame L, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône lui a reproché, pour la période allant du 20 mars au 4 octobre 2015, la facturation dans les dossiers n° 15 et n° 16 d'actes non médicalement justifiés correspondant à des contrôles glycémiques accomplis sur deux patients, son père et sa mère, mais fondés sur des prescriptions établies par un médecin à sa demande et sans examen des deux patients, pour un montant total de 24 773,95 euros. La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a jugé que la seule circonstance que les prescriptions avaient été renouvelées sans examen des patients n'était pas, à elle seule, de nature à établir le caractère non médicalement justifié des actes prescrits, dès lors que le médecin prescripteur avait, antérieurement, examiné à plusieurs reprises les patients et connaissait leur état de santé et que les sommes correspondantes ne pouvaient pas être considérées comme ayant été indûment facturées à la caisse.

14. Il résulte de l'instruction que, dans ces deux dossiers, les patients ont présenté, lors de la convocation par le service médical, une pathologie ne nécessitant ni injection d'insuline ni surveillance de la glycémie trois fois par jour et qu'ils n'ont donc jamais reçu des injections d'insuline. Dès lors que le suivi des patients non traités par l'insuline se fait par dosage de l'hémoglobine glyquée tous les trois mois et, dans certains cas très particuliers, avec des contrôles de glycémie certes moins espacés mais jamais aussi fréquents que les trois contrôles par jour qu'elle déclare avoir exécutés conformément à la prescription établie « *par erreur* » par le médecin, Madame L ne peut valablement prétendre avoir réalisé ces contrôles glycémiques, lesquels sont en lien étroit avec l'existence d'une insulinothérapie et nécessaires pour adapter les doses d'insuline à injecter, ce qui ne correspond pas à l'état de santé de ses patients. Elle ne saurait en outre tirer argument de ce que le médecin aurait prescrit ces trois contrôles quotidiens de glycémie par jour en fonction de leur état de santé, puisque ce médecin déclare avoir établi plusieurs de ses prescriptions sans consulter ses patients, dont la pathologie de longue durée pouvait avoir évolué au cours des neuf mois et six mois s'étant écoulés respectivement depuis la dernière visite correspondant à la prescription de ces soins. Par suite, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône est fondé à soutenir que c'est à tort que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a jugé que n'était pas établi le caractère non médicalement justifié des actes en cause, à raison dans le dossier n° 15 de 1 147 AMI 1, 308 MAU, 338 indemnités forfaitaires de déplacement, 208 majorations jours fériés et dimanches et 573 majorations de nuit, pour un montant de 11 780,80 euros, et dans le dossier n° 16 de 1 148 AMI 1, 338 MAU, 808 indemnités forfaitaires de déplacement, 206 majorations jours fériés et dimanches et 573 majorations de nuit, pour un montant de 12 993,15 euros, déduction faite des actes non réalisés retenus dans le grief précédent, et a rejeté sa demande de remboursement par Madame L de la somme totale de 24 773,95 euros dans ces deux dossiers.

En ce qui concerne la facturation d'actes effectués sur la base de prescriptions médicales prétendument falsifiées

15. En application de l'article 5 de la nomenclature générale des actes professionnels, seuls les actes dûment prescrits peuvent faire l'objet d'une prise en charge par la caisse d'assurance maladie. Or, il résulte en premier lieu de l'instruction que, dans les dossiers n° 7 et n° 9, Madame L a, alors que les prescriptions médicales en date, respectivement, du 3 juin 2015 et du 6 décembre 2014 ne prévoyaient pas d'actes à effectuer au domicile du patient, facturé respectivement 399 et 231 indemnités forfaitaires de déplacement, pour des montants de 997,50 euros dans le dossier n° 7 et de 577,50 euros dans le dossier n° 9. Si elle soutient en appel qu'elle a produit des ordonnances rectificatives justifiant la perception d'indemnités de

déplacements en règlement de soins prescrits et effectivement réalisés au domicile des patients, cette affirmation est contredite par un certificat du médecin en date du 16 janvier 2017 attestant qu'il a oublié dans les deux dossiers de prescrire des actes à effectuer au domicile du patient. Madame L, à qui il était loisible de solliciter du médecin prescripteur des ordonnances rectificatives, n'est donc pas fondée à soutenir que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a jugé à tort que les actes facturés dans ces deux dossiers, pour des montants de 997,50 et 577,50 euros, l'ont été indûment.

16. En deuxième lieu, il ressort des pièces du dossier que, dans le dossier n° 8, la prescription de soins infirmiers avait été établie par le médecin le 6 juin 2014 comme celui-ci le déclare et comme en atteste le remboursement à Madame L de sa consultation ce jour-là, et non pas le 18 mai 2014, date rectifiée à la main sur la prescription et que, dans le dossier n° 9, la prescription du médecin a également été surchargée pour en avancer la date au 6 décembre 2014, ce que ne dément pas l'attestation du médecin en date du 12 janvier 2017 se limitant à déclarer avoir vu la patiente en avril, juin et septembre 2014 et avoir oublié la mention « à domicile » sur son ordonnance. Dès lors, Madame L n'est pas fondée à soutenir que c'est à tort que, dans la décision qu'elle attaque, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a jugé qu'avaient été facturés sur la base d'une prescription médicale dont la date avait été ultérieurement falsifiée, dans le dossier n° 8, six AMI 1, six MAU, six indemnités forfaitaires de déplacement et une majoration jour férié pour la période allant du 18 mai au 6 juin 2014, causant à la caisse un préjudice de 50 euros, et dans le dossier n° 9, quatre-vingt-quatre AMI 1, trente-six indemnités de déplacement, deux majorations pour jour férié et douze majorations de nuit, causant à la caisse un préjudice de 496,40 euros.

17. En troisième lieu, il ressort des pièces du dossier que, dans le dossier n° 10, si la prescription du médecin traitant a été établie le 12 mai 2015, lors d'une consultation dont le remboursement a été fait à cette date, cette prescription ainsi que sa durée de validité ont été ultérieurement modifiées, d'une part le médecin a d'abord affirmé dans un courrier du 12 janvier 2016 être à l'origine des surcharges effectuées avant d'affirmer dans un second courrier du 15 janvier 2016 que la modification de la date de la prescription et de sa durée, portée de trois à six mois, n'étaient pas de son fait et, d'autre part, la prescription suivant celle faite le 12 mai 2015 l'a été le 10 novembre 2015 par un endocrinologue et non pas par le médecin traitant qui affirme avoir vu le patient ce jour-là mais n'avoir rien prescrit. Dès lors, Madame L est fondée à soutenir que c'est à tort que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance a jugé, en présence de ces contradictions, que la facturation de cent-vingt-trois AMI 1, quatre-vingt-cinq indemnités forfaitaires de déplacement, douze majorations dimanches et jours fériés et soixante-neuf majorations de nuit avait été faite sur la base d'une prescription médicale falsifiée et en a mis à sa charge le remboursement à la caisse primaire, pour un montant de 2 862,30 euros.

18. Il résulte de tout ce qui précède, d'une part que Madame L est fondée à se plaindre de ce que la décision attaquée de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse a fait droit à la plainte du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône dans le dossier n° 6 et pour les deux griefs mentionnés au point 17 dans le dossier n° 10, et l'a condamnée à rembourser à la caisse primaire la somme de 416 euros dans le dossier n° 6 et les sommes de 1 969,20 euros et de 2 862,30 euros dans le dossier n° 10 pour les griefs mentionnés aux points 10 et 17, mais qu'elle ne l'est en revanche pas dans les dossiers n° 7 et n° 8, le dossier n° 9 pour les griefs mentionnés aux points 15 et 16 et, en ce qui concerne

le grief mentionné au point 7, les dossiers n° 15 et n° 16 et, d'autre part, que le directeur de la caisse primaire est fondé à contester la position prise par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance dans les dossiers n° 8, n° 15 et n° 16 et à demander que Madame L soit condamnée au remboursement à la caisse primaire des sommes respectives de 1 077,30 euros dans le dossier n° 8 en ce qui concerne le grief mentionné au point 7, et, s'agissant du grief mentionné aux points 13 et 14, de 11 780,80 euros dans le dossier n° 15 et de 12 993,15 euros dans le dossier n° 16, mais qu'il ne l'est pas dans le dossier n° 10, pour le grief mentionné au point 9, et dans les dossiers n° 12 et n° 13.

Sur la sanction

19. 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 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 infirmiers dite "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 infirmiers, dite "section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des infirmiers"* ; 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* ». Constituent des honoraires abusifs au sens de ces dispositions 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.

20. Il résulte de tout ce qui précède que les faits reprochés à Madame L, qui a facturé à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, pour un montant de 14 507,80 euros, des actes non réalisés au caractère répété, ainsi que des actes non justifiés médicalement dans six dossiers, pour un montant total de 26 895,35 euros, notamment et à plusieurs reprises dans quatre dossiers des actes d'un montant total de 2 121,40 euros sur le fondement de prescriptions dont les dates ou la durée avaient été falsifiées, constituent des fautes qu'il y a lieu de sanctionner. Madame L ne saurait, pour atténuer sa responsabilité, invoquer sa bonne foi et la parfaite qualité des soins qu'elle a prodigués, affirmer avoir seulement commis quelques erreurs de facturation qu'elle reconnaît et n'ayant aucun caractère intentionnel et répétitif. Il sera fait une juste appréciation de la gravité de ces fautes et de la responsabilité de Madame L en lui infligeant, ainsi que l'a fait dans la décision attaquée la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, la sanction de l'interdiction temporaire d'exercer pendant une durée de deux ans, dont un an assorti du sursis. Cette sanction fera l'objet, conformément aux dispositions rappelées ci-dessus, d'un affichage par les soins de la caisse primaire d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône dans ses locaux ouverts au public pendant la durée de l'interdiction non assortie du sursis.

21. Les sommes perçues par Madame L du fait des facturations d'actes non réalisés et d'actes non justifiés médicalement, mentionnées aux points 7, 11, 12, 14, 15 et 16 de la présente décision, constituent des abus d'honoraires, lesquels doivent être remboursés à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône. Par suite, la somme que Madame L a été condamnée à reverser à ce titre par la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance sera portée à 41 403,15 euros, dont devront être déduites par le directeur de la caisse primaire les sommes mentionnées au point 12 de la présente décision et que celui-ci admet avoir déjà encaissées.

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : La sanction infligée à Madame L par la décision du 1^{er} décembre 2017 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse et confirmée par la présente décision prendra effet, pour la partie non assortie du sursis, du 1^{er} juillet 2023 à 0h au 30 juin 2024 à minuit.

Article 2 : Madame L reversera à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 41 403,15 euros.

Article 3 : Il sera procédé à l'affichage de la présente décision dans les locaux ouverts au public de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pendant la période mentionnée à l'article 1^{er}.

Article 4 : Le surplus des conclusions des requêtes de Madame L et du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône est rejeté.

Article 5 : La décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 6 : La présente décision sera notifiée à Madame L, à Maître K, avocate, au directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil inter-régional de l'ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse, au conseil départemental de l'ordre des infirmiers des Bouches-du-Rhône, au procureur de la République près le tribunal judiciaire de Marseille, au directeur général de l'agence régionale de santé de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, au conseil national de l'Ordre des infirmiers et au ministre de la santé et de la prévention.

Délibéré à l'audience du 19 mai 2021 où siégeaient M. Hervé FABRE-AUBRESPY, conseiller d'Etat, président ; la Docteur Nathalie DELERUE, membre titulaire, la Docteur Catherine Skryoczak, membre titulaire, M. Jean-Yves GARNIER, membre suppléant, Mme Nicole Hugon, membre suppléante.

Décision rendue publique par affichage le 17 avril 2023

Le Conseiller d'Etat

**Président de la Section des assurances sociales
du Conseil national de l'ordre des infirmiers**



H. FABRE-AUBRESPY

**La Secrétaire de la Section des assurances sociales
du Conseil national de l'ordre des infirmiers**

C. SOLBIAC

La République française mandate et ordonne au ministre chargé de la santé, en ce qui le concerne, et à tous huissiers 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.