

**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-2019-00048

**Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde contre
Mme F**

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

Vu la procédure suivante :

Par une plainte enregistrée le 9 octobre 2017 au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des infirmiers de Nouvelle-Aquitaine sous le numéro 2017-0027, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde demande qu'il soit infligé à Mme F, infirmière libérale à Z, une sanction exemplaire compte tenu des faits qui lui sont reprochés, que celle-ci soit condamnée à reverser à la caisse primaire la somme de 140 568,12 euros correspondant au trop-remboursé en conséquence des abus d'honoraires dont elle s'est rendue coupable et que soit ordonnée la publication de la sanction dans les locaux de cette caisse ouverts au public.

Il soutient :

- Que ses services ont constaté que Mme F avait en 2014 un niveau de rémunération 1,75 fois supérieur à la moyenne régionale (144 514 euros contre 82 264 euros) et 3 fois supérieur en 2015 (243 889 euros contre 84 125 euros) ; si sa facturation d'AIS restait dans la moyenne régionale, sa facturation d'AMI était 2,5 fois supérieure en 2014 et 4,7 fois en 2015 ;
- Qu'il a alors procédé à un contrôle administratif, via une enquête réalisée par un agent assermenté et agréé portant sur les factures ayant donné lieu à remboursement par l'assurance maladie, sur la période du 6 octobre 2014 au 20 octobre 2016, pour une période de soins variable selon les assurés du 1^{er} mars 2014 au 30 octobre 2016 ;
- Qu'une reconstitution d'activité a permis d'établir que Madame F a travaillé 7 jours sur 7 et 365 jours par an sur la période précitée du 1^{er} mars 2014 au 30 juin 2016, soit 836 jours ;
- Qu'il a procédé à la sélection de 15 dossiers pour lesquels un contrôle exhaustif de la facturation a été effectué, avec une audition des assurés sociaux et/ou de leurs proches, ainsi que de Mme S, infirmière partageant la patientèle de Mme F sans être ni son associée, ni sa collaboratrice ;

- Qu'il a également procédé au contrôle de l'intégralité de l'activité de cette infirmière, en effectuant une étude sur pièces dans 57 autres dossiers, portant uniquement sur la facturation des majorations de nuit et des indemnités kilométriques (IK) ;
- Que Mme F a été entendue le 3 décembre 2016 par l'agent assermenté ; contactée le 10 août 2017, elle avait accepté la proposition de transaction de la caisse primaire dans son principe et son montant ; toutefois, un premier rendez-vous prévu le 7 septembre 2017 a été annulé la veille par Madame F ; celle-ci n'a pas pu venir à un second rendez-vous fixé au 17 septembre 2017, car victime d'un accident de la circulation ; elle n'a pas honoré un troisième rendez-vous prévu le 22 septembre 2017, et a informé la caisse que ses intérêts étaient désormais défendus par un avocat ; ce dernier a proposé un quatrième rendez-vous que la caisse a décliné ;
- Que Mme F a facturé des actes et frais de façon abusive au regard de l'acte dispensé : ainsi des actes non facturables au regard de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) tels que la pose et le retrait des bas de contention (dossiers 7 et 12), la préparation du pilulier sans administration du traitement, la prise de tension artérielle (dossiers 3 et 15) et des indemnités kilométriques non facturables au regard de la NGAP ;
- Qu'elle a facturé abusivement des actes, déplacements et majorations de nuit non prescrits par un médecin : pour 9 assurés sociaux sur 15 inclus dans le champ du contrôle, Mme F a ainsi facturé des actes et frais annexes qui n'avaient pas fait l'objet d'une prescription médicale (dossiers 1, 4, 12, 13, 14, 15 et 16), et des majorations de nuit sans que la prescription médicale n'indique une « *nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne* » (dossiers 4, 5 et 11 pour les assurés auditionnés) ; en outre, le contrôle sur pièces a également mis en évidence une facturation de majorations de nuit quasi systématique pour 44 dossiers sur 57 (dossiers 17 à 60), dont 28 dossiers pour lesquels la prescription médicale ne mentionne pas la nécessité impérieuse « *d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne* » (dossiers 17 à 21, 23 à 28, 31, 32, 36 à 39, 46, 47, 51, 53 et 54). Dans certains cas, l'acte ou le déplacement facturé ne figure pas sur la prescription, pas plus que l'intervention de nuit : cette anomalie de facturation a été relevée dans 8 dossiers sur 15 pour lesquels les assurés ont été auditionnés ; et 28 dossiers sur 44 ayant fait l'objet d'un contrôle sur pièce ; dans d'autre cas, aucune prescription ne couvre la période pendant laquelle des actes et frais annexes ont été facturés : 2 dossiers sur 15 ayant fait l'objet d'auditions et 16 dossiers sur 44 ayant fait l'objet d'un contrôle sur pièces ;
- Que, dans le dossier 14, elle a cumulé à tort la facturation d' AIS 3 et d' AMI 2 ;
- Que, dans 11 dossiers sur 15 ayant donné lieu à l'interrogation des patients ou de leurs proches, elle a facturé des actes et frais annexes non réalisés ;
- Que, dans six dossiers (1, 8, 9, 11, 12 et 14), elle a facturé des séances de soins infirmiers 2AIS 3, alors même que leur durée ne dépassait pas 30 minutes ;
- Qu'elle a procédé à des surfacturations dans dix dossiers sur quinze : des AMI 2 facturés AMI 4 dans 3 dossiers (7,12 et 14) ; des AMI 1 facturés AMI 2 dans 5 dossiers (2, 7, 14, 15 et 16) ; des actes facturés sans application de l'article 11B de la NGAP dans 4 dossiers (4, 6, 9 et 13) ;
- Qu'elle a ainsi enfreint de façon répétée et systématique les règles régissant l'exercice de sa profession à son profit et au détriment de l'assurance maladie et méconnu l'article R. 4312-40 du code de la santé publique ;
- Que du fait de ses agissements fautifs, Mme F a provoqué, pour le seul régime général, le remboursement indu de 140 568,12 euros pour un total de remboursement de 454 750,34 euros sur la période de contrôle.

Par un mémoire en défense enregistré le 5 mars 2018, Mme F, représentée par Maître G, conclut au rejet de la plainte, sauf en tant qu'elle concerne les griefs de surfacturation des actes AMI 1 et AMI 2 et de non-minoration du coefficient du second acte. Elle soutient :

- Que la caisse ne produit aucun élément venant attester que le principe d'une transaction et son montant auraient été acceptés par Madame F ;
- Qu'elle ne peut pas lui reprocher d'avoir été victime de deux contretemps, puis d'avoir pris un conseil afin de l'assister, lequel a dû reporter, une seule fois, le rendez-vous, ce que la caisse n'a pas accepté ;
- Que celle-ci doit démontrer que Mme Q, qui a procédé au contrôle, a bien prêté serment devant le tribunal d'instance de Bordeaux préalablement à la mission qui lui a été confiée ;
- Qu'en application de l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale, est irrecevable une plainte portant sur des faits antérieurs de plus de trois ans ; dès lors, les faits poursuivis à son encontre compris entre le 1^{er} mars 2014 et le 31 octobre 2014 sont prescrits et ne peuvent donner lieu à une quelconque demande de remboursement ;
- Que la caisse fonde ses réclamations sur des extrapolations, car elle tire de l'examen de 15 dossiers particuliers, pour lesquels les patients ou leurs proches ont été auditionnés, que Mme F se serait rendue coupable de fraude sur plus d'une quarantaine de dossiers contrôlés sur pièces ;
- Que la caisse n'a pas ventilé les actes entre Mme F et Mme S, qui partageait la même patientèle sans être ni son associée, ni sa collaboratrice ;
- Que, s'agissant des actes non facturables au regard de la NGAP, Mme S confirme les deux passages quotidiens ;
- Que, s'agissant des facturations de nuit, la CPAM doit démontrer que les actes prescrits par les médecins et les horaires de passage ne présentaient pas de caractère impératif ;
- Que, dans le dossier 15, si la CPAM affirme que les prescriptions transmises ne couvraient pas la période de soins, soit par leur inexistence, soit par une prescription dont la date aurait été falsifiée, elle ne démontre ni la falsification, ni que celle-ci émanerait de Mme F ;
- Qu'elle reconnaît une erreur s'agissant de la facturation d'actes non cumulables ;
- Que, sur le grief tiré de la facturation d'actes et de frais non réalisés : s'agissant du dossier 6, elle maintient qu'elle passait bien deux fois par jour, préparait le pilulier et effectuait de petits pansements ; s'agissant des majorations de nuit, elle se range à l'argumentation de la CPAM ; en ce qui concerne le dossier 14, elle intervenait tous les jours comme le confirme Mme S, bien que la prescription ne mentionne pas le nombre de passages ; elle reconnaît toutefois une erreur dans le doublon de facturation des 12 et 14 juillet avec Mme S et une erreur dans la facturation pendant les périodes d'hospitalisation ;
- Que, s'agissant du grief du non-respect de la durée des actes telle que prévue à la NGAP, la CPAM se borne à faire siennes les déclarations des patients et de leurs proches selon lesquelles la durée des soins ne dépassait pas trente minutes, sans tenir compte de ses explications ;
- Qu'elle reconnaît des erreurs quant aux surfacturations des actes AMI 2, AMI 1 et admet ne pas avoir respecté l'article 11B, et s'engage à rembourser ;
- Qu'elle est extrêmement affectée par la présente procédure, la remise en cause de sa probité et de son honnêteté ; qu'elle n'a jamais intentionnellement souhaité enfreindre quelque règle que ce soit régissant sa profession, ni tirer quelque profit illégal de son activité ;

- Qu'il est demandé une extrême indulgence à son égard concernant la sanction infligée au regard de sa bonne foi et de l'exclusion totale de tout caractère intentionnel dans le cadre de ses facturations, et qu'une interdiction même temporaire avec ou sans sursis serait pour elle catastrophique sur un plan professionnel et personnel ;
- Que, pour ce qui est des sommes réclamées par la CPAM, il y a lieu de la débouter, à l'exclusion des surfacturations des actes AMI 1 et AMI 2, et la non-minoration du coefficient du 2^{ème} acte.

Par un mémoire en réplique enregistré le 6 avril 2018, la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde conclut aux mêmes fins que la plainte, par les mêmes moyens, et par les motifs :

- Que Mme Q était bien compétente pour procéder au contrôle de l'activité de Mme F, ainsi que le montrent les documents produits : sa carte professionnelle d'agent assermenté, la décision du directeur de la DRASS datée du 30 novembre 2000, ainsi que la prestation de serment devant le tribunal d'instance de Bordeaux en date du 10 janvier 2001 ;
- Que ce contrôle est régulier, l'enquête menée dans le cadre des articles L. 114-10 et R. 114-18 du code de la sécurité sociale ayant été effectuée dans la plus stricte conformité aux règles de droit garantissant le respect du contradictoire, du secret professionnel et de la présomption d'innocence, et que les éléments recueillis par un agent assermenté font foi jusqu'à preuve du contraire ;
- Que l'entretien téléphonique durant lequel la procédure transactionnelle a été proposée a eu lieu début août 2017 avec une confirmation écrite le 11 août 2017 ; que Mme F a bien indiqué à l'agent assermenté qu'elle acceptait la transaction et son montant ; que trois rendez-vous lui ont été proposés, étant bien spécifié qu'une quatrième date ne pourrait lui être accordée, et qu'à défaut la caisse engagerait une procédure contentieuse ;
- Que le contrôle administratif a porté sur les factures ayant donné lieu à remboursement sur la période du 6 octobre 2014 au 20 octobre 2016, pour une période de soins variable du 1^{er} mars 2014 au 30 octobre 2016 ; la plainte ayant été envoyée le 5 octobre 2017 et réceptionnée par le secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des infirmiers de Nouvelle-Aquitaine le 6 octobre 2017, aucun acte ne peut être prescrit ;
- Que le calcul du préjudice s'est appuyé sur des éléments purement objectifs, soit l'examen des prescriptions médicales, la vérification des cotations selon la NGAP, les déclarations des assurés sociaux et/ou proches, de Mme S et de Mme F ; qu'aucune extrapolation n'a été faite ;
- Que, lors de son audition, Mme F a indiqué à l'agent assermenté que toutes les majorations de nuit l'ont été à tort (page 107 du rapport d'enquête) ;
- Que, s'agissant de la facturation d'indemnités kilométriques, Mme F a finalement indiqué qu'elle ignorait que les IK étaient limitées au cabinet le plus proche du patient, et a même ajouté que Mme S lui avait fait remarquer sa facturation abusive, suite aux observations des patients ;
- Que, sur la soi-disant absence de ventilation des actes, le contrôle administratif ne peut en aucun cas intégrer des actes facturés par Mme F et réalisés par Mme S, chaque infirmière facturant avec sa propre carte de professionnel de santé (CPS) ;
- Que la matérialité des faits est établie grâce au rapport d'enquête et que l'ensemble des éléments de preuve justifiant le préjudice de la caisse se trouvent dans ce rapport ; que, selon la jurisprudence, la preuve contraire ne saurait résulter des seules affirmations de la personne contrôlée ; or, Mme F a indiqué à l'agent assermenté ne pas être en mesure de préciser les durées d'intervention ou même les horaires de passage chez les assurés ;

- Qu'en ce qui concerne les majorations de nuit, Mme F s'était engagée à fournir les prescriptions manquantes, ce qu'elle n'a jamais fait malgré les multiples relances ; or les ordonnances ne mentionnaient pas « *la nécessité impérieuse de leur exécution de nuit* », ni même un simple horaire de passage ou encore une amplitude de 12 H (8H/20H) ;
- Qu'en ce qui concerne les actes non prescrits, peu importe qu'ils aient été réalisés, car ils ont été facturés en violation de l'article 5 de la NGAP qui conditionne la prise en charge des actes dispensés par les auxiliaires médicaux à l'existence d'une prescription médicale ; de plus, lors de son audition, Mme S a indiqué qu'elle reprochait depuis longtemps à Mme F de procéder à une mauvaise facturation des actes ;
- Que les facturations ainsi faites à tort constituent des honoraires abusifs, que la jurisprudence du Conseil d'Etat définit comme « *ceux qui sont réclamés par un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté...* » ;

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Nouvelle-Aquitaine n'ayant pas statué dans le délai d'un an qui lui était imparti, la caisse primaire d'assurance maladie a saisi le 20 mai 2019 la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des Infirmiers en application de l'article R. 145-19 du code de la sécurité sociale.

Par un mémoire enregistré le 22 juillet 2019 au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des infirmiers, Mme F, représentée par Maître G, reprend les termes de son mémoire en défense.

Par un mémoire enregistré le 5 août 2019, la caisse primaire d'assurance-maladie de la Gironde reprend les termes de son mémoire en réplique.

Par un mémoire enregistré le 25 février 2021, au cours du délibéré d'une première audience tenue le 24 février 2021, la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde produit un tableau récapitulatif des sommes mandatées jusqu'au 9 octobre 2014 inclus.

Par un mémoire enregistré le 1^{er} mars 2021, au cours du même délibéré, Mme F produit des copies d'ordonnances et l'accusé de réception par la caisse primaire d'assurance maladie du courrier du 9 janvier 2017 par lequel elle a transmis à cette caisse les originaux d'autres ordonnances demandées ainsi que ses plannings d'intervention.

Par décision en date du 30 avril 2021, la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers a infligé à Mme F la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an, dont onze mois assortis du sursis, dit que l'exécution de cette sanction prendrait effet, pour la partie non assortie du sursis, le 1^{er} août 2021 à minuit et cesserait le 31 août à minuit, et a, avant-dire-droit, ordonné à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde de produire dans un délai d'un mois la récapitulation financière des remboursements par acte facturé après le 9 octobre 2014 et par patient, correspondant aux griefs retenus par cette décision.

Par un mémoire enregistré le 27 mai 2021, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde transmet les éléments de calcul du trop-remboursé à lui reverser en conséquence des facturations erronées constituant des abus d'honoraires dont Mme F s'est rendue coupable, lequel s'élève, après avoir retiré les actes mandatés avant le 9 octobre 2014, réintégré les actes non prescrits en l'absence de prescriptions médicales et mis à jour les facturations abusives

d'AIS 3 en application des points 3, 7 et 14 de la décision avant-dire-droit en date du 30 avril 2021 de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers, à la somme de 126 246,40 euros, et conclut à la condamnation de Mme F à lui verser cette somme.

Par un mémoire enregistré le 6 septembre 2021, Mme F conclut au rejet de la demande de remboursement du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde et, à titre subsidiaire, à ce qu'il lui soit enjoint de produire sous un délai d'un mois la convocation qu'il lui a adressée préalablement à son audition du 3 décembre 2016.

Elle soutient que, faute pour la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde de produire la convocation qu'elle lui a adressée préalablement à son audition du 3 décembre 2016 par un agent assermenté chargé du contrôle de son activité, afin de prouver que cette convocation, conformément aux dispositions de l'article R. 114-18 du code de la sécurité sociale, mentionnait l'objet de cette audition et la possibilité pour elle de se faire assister du conseil de son choix, il doit être prononcé la nullité du procès-verbal et du rapport d'enquête rédigés suite à son audition et ayant conduit à établir les éléments fournis par la caisse primaire pour justifier son préjudice, arrêté à la somme de 126 246,40 euros, conformément au jugement du 21 juillet 2021 du pôle social du tribunal judiciaire de Perpignan, et que la demande de paiement de son préjudice formulée par la caisse primaire doit être rejetée.

Par un nouveau mémoire enregistré le 14 septembre 2021, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde fait valoir que la période d'interdiction de soins infligée à Mme F par la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers dans sa décision du 30 avril 2021, ayant fait l'objet d'une saisie informatique suite à cette décision avant-dire-droit, les soins qui auraient été dispensés par elle entre le 1^{er} et le 31 août 2021 ne pourront en aucun cas lui être remboursés.

Par un nouveau mémoire, enregistré le 14 septembre 2021, Mme F fait valoir qu'ayant mal interprété la décision avant-dire-droit du 30 avril 2021, et étant dans l'attente du nouveau calcul demandé à la caisse primaire, elle a estimé à tort que la suspension d'exercice à laquelle cette décision l'a condamnée n'était pas exécutable dans l'immédiat et que ce n'est qu'au retour de congés de son avocat qu'elle en a appréhendé la portée et appliqué l'interdiction de dispenser des soins aux assurés sociaux, pour la période allant du 15 août au 15 septembre 2021.

Par ordonnance du 15 septembre 2021, le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des infirmiers a décidé de rouvrir l'instruction de la plainte du directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde et a fixé la clôture de celle-ci au 24 septembre 2021.

Par un nouveau mémoire enregistré le 23 septembre 2021, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde fait valoir que le contrôle de la facturation des soins prodigués par les infirmiers ne relève pas du champ d'application du III de l'article R 114-18 du code de la sécurité sociale.

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 ;

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 ;
Vu la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie approuvée par l'arrêté du 18 juillet 2007 ;

Vu l'ordonnance du 15 septembre 2021, par laquelle 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 pour l'organisation de l'audiencement du dossier n° SAS-CNOI-2019-00048 dans l'affaire opposant la Caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde à Mme F, prévu le 29 septembre 2021 ;

Après avoir entendu le 29 septembre 2021 en séance publique, tenue en visioconférence :

- M. Jean-Yves GARNIER, en la lecture de son rapport ;
- Mme D, en ses observations pour la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde,
- Me G en ses observations pour Mme F, et celle-ci en ses explications ;

Mme F et son conseil ayant eu la parole en dernier ;

Considérant ce qui suit :

1. - Madame F, infirmière libérale, a fait l'objet d'un contrôle de son activité par la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde, portant sur les factures ayant donné lieu à remboursement entre le 6 octobre 2014 et le 20 octobre 2016 par l'assurance maladie, pour une période de soins variable selon les assurés, allant du 1^{er} mars 2014 au 30 octobre 2016, ce contrôle ayant été initié à la suite de la constatation d'un montant d'honoraires égal en 2015 à près de trois fois la moyenne du département et un nombre d'actes AMI facturés quadruple de la moyenne, ces tendances ayant été confirmées au premier semestre 2016. Quinze dossiers de patients ont fait l'objet d'un contrôle exhaustif, comprenant l'audition du patient ou d'un proche, de Mme F et de Mme S, l'infirmière avec laquelle elle partageait sa patientèle. Une étude sur pièces portant uniquement sur la facturation des majorations de nuit et des indemnités kilométriques a été effectuée pour 57 autres dossiers. A l'issue de ce contrôle, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde a saisi la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des infirmiers de Nouvelle-Aquitaine d'une plainte contre Mme F. Cette juridiction n'ayant pas statué sur cette plainte dans le délai d'un an, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde en a saisi, sur le fondement de l'article R. 145-19 du code de la sécurité sociale, la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers.

2. Celle-ci, dans cette décision en date du 30 avril 2021, a opposé l'irrecevabilité des conclusions de la plainte portant sur les actes pour lesquels Mme F a émis une facture avant le 9 octobre 2014, a jugé régulier le contrôle de son activité au regard de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale puis a retenu les griefs soulevés par la caisse primaire dans sa plainte à l'encontre de Mme F, à l'exception de la contestation en premier lieu, et pour la seule raison de l'absence au dossier de l'ordonnance de prescription correspondante, de la facturation des soins effectués pour le patient n° 12 du 14 au 28 janvier 2015, pour le patient n° 13 du 8 décembre 2014 au 19 janvier 2015 et du 16 juillet 2015 au 14 janvier 2016, et pour le patient

n° 15 du 10 décembre 2015 au 28 janvier 2016, pour le motif mentionné au point 7, en deuxième lieu de la facturation des majorations de nuit facturées pour les assurés mentionnés dans les dossiers n° 55 à n° 60, validée pour le motif mentionné au point 10, et en troisième lieu de la facturation de trois AIS 3 par jour, en deux passages, pendant la période contrôlée pour son intervention auprès de la patiente du dossier n° 11, validée pour le motif mentionné au point 16. Elle a en conséquence infligé à Mme F la sanction de l'interdiction temporaire de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant une durée d'un an, dont onze mois assortis du sursis, dit que l'exécution de cette sanction prendrait effet, pour la partie non assortie du sursis, le 1^{er} août 2021 à minuit et cesserait le 31 août à minuit, et a, avant-dire-droit, ordonné à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde de produire dans un délai d'un mois la récapitulation financière des remboursements, par acte facturé après le 9 octobre 2014 et par patient, correspondant aux griefs retenus par cette décision avant-dire-droit.

3. Suite à cette injonction, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde a transmis les éléments de calcul du trop-remboursé à lui reverser en conséquence des facturations erronées constituant des abus d'honoraires dont Mme F s'est rendue coupable, ayant consisté à retirer les actes mandatés avant le 9 octobre 2014 en application du point 3 de la décision avant-dire-droit en date du 30 avril 2021 de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des Infirmiers, réintégré les actes non prescrits en l'absence de prescriptions médicales en application du point 7 de cette même décision et mis à jour les facturations abusives d'AIS 3 en application de son point 14, et à fixer en conséquence à la somme de 126 246,40 euros le montant qu'il demande que la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des infirmiers condamne Mme F à lui verser. Celle-ci, en réponse à la transmission de ces éléments, conclut au rejet de cette demande de paiement formulée par la caisse primaire.

Sur la régularité du contrôle

4. Mme F soutient dans son mémoire enregistré le 6 septembre 2021 qu'en application des dispositions de l'article R. 114-18 du code de la sécurité sociale, la convocation qui lui a été adressée préalablement à son audition du 3 décembre 2016 par un agent assermenté chargé du contrôle de son activité devait mentionner l'objet de cette audition et la possibilité pour elle de se faire assister du conseil de son choix, et que, faute pour le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde de produire cette convocation, la procédure conduite suite à cette audition, et comprenant notamment le procès-verbal et le rapport d'enquête rédigés à l'issue de celle-ci, a été irrégulière et est de nature à conduire au rejet de la demande de la caisse primaire tendant au remboursement de la somme établie par elle à la somme de 126 246,40 euros. Toutefois, par sa décision avant-dire-droit en date du 30 avril 2021, la présente juridiction s'est prononcée sur les différents griefs soulevés dans sa plainte par la caisse primaire ainsi que sur l'argumentation présentée par Mme F en réponse à ces griefs, et notamment sur le moyen tiré de l'irrégularité de la procédure de contrôle de son activité par l'agent de la caisse primaire qui en était chargé, avant de prescrire une mesure d'instruction relative à la récapitulation financière des remboursements effectués par la caisse primaire pour les actes de Mme F facturés après le 9 octobre 2014, correspondant aux griefs retenus dans cette décision avant-dire-droit ; dès lors, s'il était loisible à Mme F d'exercer contre cette décision le recours en cassation prévu par l'article R. 145-63 du code de la sécurité sociale afin de contester le bien-fondé des différents motifs lui servant de fondement, elle n'est pas recevable à contester devant la présente juridiction les motifs de cette décision relatifs à des griefs étrangers au supplément d'instruction que cette décision avant-dire-droit a ordonné ; par suite, ses conclusions tendant à annuler la procédure conduisant la caisse primaire à lui réclamer le

remboursement du trop-versé en raison de son irrégularité liée à la non-conformité de la convocation mentionnée ci-dessus aux dispositions de l'article R. 114-18 du code de la sécurité sociale, ainsi que celles tendant, à titre subsidiaire, à ce qu'il soit enjoint à la caisse primaire de produire cette convocation, ne peuvent qu'être rejetées.

Sur le reversement du trop-remboursé par la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde

5. 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* ». Ainsi qu'il a été jugé par la décision avant-dire-droit en date du 30 avril 2021 déjà citée, les honoraires perçus par Mme F du fait des facturations erronées mentionnées au point 23 de cette décision constituent des abus d'honoraires, qui doivent être remboursés à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde.

6. Le montant de la somme que Mme F doit rembourser à la caisse primaire doit être fixé, comme celle-ci l'indique dans le tableau de remboursements, non contesté par Mme F, produit dans son mémoire enregistré le 27 mai 2021 en réponse à la demande contenue dans la décision avant-dire-droit en date du 30 avril 2021 déjà citée, et qui correspond aux griefs retenus par cette décision tout en retirant les actes mandatés avant le 9 octobre 2014, en réintégrant les actes non prescrits en l'absence de prescriptions médicales et en mettant à jour les facturations abusives d'AIS 3 en application des points 3, 7 et 14 de la même décision, à la somme de 126 246,40 euros.

DECIDE :

Article 1er : Les conclusions de Mme F tendant à ce qu'il soit enjoint à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde de produire la convocation qu'elle lui a adressée préalablement à son audition du 3 décembre 2016 par un agent chargé du contrôle de son activité sont rejetées.

Article 2 : Mme F reversera à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde la somme de 126 246,40 euros.

Article 3 : La présente décision sera notifiée à Mme F, à Maître G, à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde, au directeur de l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, au conseil régional de l'ordre des infirmiers de la Nouvelle-Aquitaine, au conseil départemental de l'ordre des infirmiers de la Gironde, au conseil national de l'ordre des infirmiers, à la ministre du travail, de la santé et des solidarités et au ministre de l'agriculture et de la souveraineté alimentaire.

Délibéré à l'audience du 29 septembre 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 22 août 2024

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.