

# Ordre des infirmiers de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse

## Chambre disciplinaire de première instance

### Section des assurances sociales

N° SAS-2016-003

---

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE DES BOUCHES-DU-RHONE  
c. Mme L

---

Audience du 17 novembre 2017

Lecture du 1<sup>er</sup> décembre 2017

*Vu la procédure suivante :*

Par une requête, enregistrée le 26 décembre 2016 et un mémoire enregistré le 29 mars 2017, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, représentée par son directeur général, demande à la section des assurances sociales :

1°) d'infliger à Mme L une interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux « pour un quantum important sans période de sursis », assortie, pour cette dernière sanction, d'une publication par voie d'affichage dans les locaux de la caisse ;

2°) de le condamner à lui reverser la somme de 49 978,85 euros correspondant au trop-remboursé, en application du 4° du même article.

La caisse soutient que :

- dans huit des dossiers vérifiés, il a été relevé, pour un montant total de 49 978,85 euros, de nombreuses facturations injustifiées, correspondant à des actes facturés mais non effectués, à des indemnités correspondant à des déplacements non prescrits, à des actes non médicalement justifiés et à des actes facturés sur la base de prescriptions falsifiées.

- ces anomalies procèdent non de simples négligences mais d'une volonté délibérée justifiant l'infliction d'une sanction d'interdiction du droit de dispenser des soins.

Par trois mémoires en défense, enregistrés le 17 janvier 2017, le 21 avril 2017 et le 21 juin 2017, Mme L, représentée par Me Kizlian, conclut à ce qu'il lui soit donné acte de sa volonté de rembourser sans délai, comme facturée à tort, une somme de 4 564,60 euros, et au rejet du surplus de la requête de la caisse primaire.

Elle soutient que :

- la caisse primaire n'apporte pas la preuve du caractère intentionnel des anomalies qui ont été relevées ;

- les renseignements obtenus auprès des patients sont sujets à caution ;
- certains constats d'anomalie sont le fruit d'erreurs et de confusions dans les réponses faites au contrôleur ;
- elle reconnaît avoir facturé à tort, dans le dossier n° 6, des soins facturés en août 2014 pour un montant de 118,40 euros, alors que le patient était parti en vacances, dans le dossier n° 13, des actes pour un montant de 55,20 euros alors que le patient était hospitalisé, et, dans les dossiers n° 15 et 16, des actes pour des montants respectifs de 2 262,60 euros et 2 183,60 euros, correspondant à des injections d'insuline prescrites mais non justifiées médicalement et non réalisées ;
- la somme de 55,20 euros indûment facturée a été remboursée ;
- les autres griefs sont infondés.

Par lettre du 6 juin 2017, le président de la section a ordonné la clôture de l'instruction à la date du 4 juillet 2017 à midi.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale ;
- la nomenclature générale des actes professionnels, au respect duquel est subordonnée la prise en charge par l'assurance maladie en application de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- l'arrêté du 8 avril 2016 du vice-président du Conseil d'Etat qui désigne M. Renaud Thielé, premier conseiller à la cour administrative d'appel de Marseille, en qualité de président titulaire de la section des assurances sociales.

Après avoir entendu lors de l'audience publique du 17 novembre 2017 :

- le rapport de M. Guy Choain, rapporteur,
- les observations de Mme Fanny Front, représentant la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône,
- et les observations de Mme L, assistée par Me Kizlian.

*Considérant ce qui suit :*

1. Mme L, qui exerce la profession d'infirmière à titre libéral, a fait l'objet d'un contrôle de la caisse primaire centrale d'assurance maladie pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2014 au 4 octobre 2015.

2. Ayant relevé plusieurs anomalies, la caisse demande à la section des assurances sociales de condamner Mme L à lui rembourser le trop-versé correspondant, et de lui infliger une des sanctions prévues par les 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> ou 3<sup>o</sup> de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Sur l'étendue du litige :

3. Mme L soutient, sans être contredite, avoir remboursé la somme de 55,20 euros correspondant à des actes qu'elle reconnaît avoir facturés à tort alors que le patient était hospitalisé. Elle produit à ce titre une lettre du 13 janvier 2017 autorisant la caisse primaire à retenir cet indu sur ses versements suivants. A défaut de contestation de la caisse primaire, il y

a lieu de considérer que cette somme a bien été remboursée. La demande de la caisse primaire est donc, à hauteur de 55,20 euros, devenue sans objet.

Sur les manquements de Mme L :

En ce qui concerne les actes, majorations et indemnités non réalisés :

4. Dans le dossier n° 8, Mme L a facturé deux actes médicaux infirmiers (2 AMI 1) quotidiens entre le 16 septembre 2014 et le 15 mars 2015, correspondant à des injections d'insuline. La caisse primaire rapporte que, lors de leurs auditions respectives, Mme L, le Dr J et la patiente elle-même ont déclaré que de telles injections n'avaient jamais été réalisées. Toutefois, Mme L affirme qu'elle-même, tout comme le Dr J, ont confondu le patient n° 8 avec les patients n°s 15 et 16. Elle produit à cet égard une attestation du 12 janvier 2017 du Dr J qui affirme avoir prescrit de telles injections pendant la période considérée ainsi qu'une attestation de la patiente, qui indique que « lors de l'entretien avec le contrôleur de la Sécurité sociale n'avoir jamais dit ne pas avoir reçu d'injections d'insuline puisque mon état de santé s'est dégradé et que mon généraliste a dû m'en prescrire ». Compte tenu de ces éléments, la caisse primaire n'établit pas l'absence de réalisation, conformément à la prescription médicale, des injections en litige. Ce n'est donc pas indûment que Mme L a facturé à ce titre la somme de 1 077,30 euros.

5. Dans le dossier n° 12, Mme L a facturé deux actes infirmiers de soins (2 AIS 3) par jour en deux passages pendant trois mois, dimanches et jours fériés inclus. La caisse primaire rapporte que, lors de son audition, la patiente a affirmé que « deux infirmières viennent au foyer une fois par jour le matin (pas de toilettes, traitement, tension, soins des pieds) entre 9 h et 12 h samedi et dimanche » et que « la séance dure entre 10 et 15 minutes ». Toutefois, la responsable du centre d'hébergement a certifié, le 12 janvier 2017, que Mme L avait bien « pris en charge la patiente (...) durant toute la période de sa domiciliation au foyer, en deux passages dimanches et jours fériés compris ». Compte tenu de l'état de santé de la patiente, la seule attestation de cette dernière, formellement contredite par l'attestation de la responsable du centre d'hébergement, ne peut conduire à considérer que les soins prescrits n'ont pas été effectués. La somme correspondant à ces actes, soit 1 723,90 euros, n'a donc pas été facturée indûment.

6. Dans les dossiers n°s 15 et 16, Mme L a facturé, pour la période du 20 mars au 4 octobre 2015, les actes correspondant à trois passages par jour. L'inspecteur de la caisse primaire a constaté, au vu du cahier de suivi de soins, que seuls deux passages quotidiens avaient été répertoriés, et en a déduit une facturation indue de 4 actes médicaux infirmiers (4 AMI 1) et une indemnité forfaitaire de déplacement (IFA) par jour, soit un total de 1 676 AMI 1 et de 15 IFA. Mme L fait valoir que ce n'est qu'à compter de l'année 2016 que l'état de santé des patients a cessé de nécessiter trois passages pour contrôle glycémique, et affirme que, si le cahier de suivi de soins ne mentionnait pas trois contrôles par jour, c'est parce que l'inspecteur a examiné la partie du cahier de suivi de soins de 2016, postérieure à la période vérifiée. Toutefois, Mme L, qui s'abstient de produire les extraits pertinents de ses cahiers de suivi, n'établit pas le bien-fondé de cette dernière allégation, qui est contestée par la caisse primaire et qui est invraisemblable. Dès lors, il y a lieu de considérer, dans ces deux dossiers, que les actes facturés, pour des montants respectifs de 6 401,90 euros et de 6 865,40 euros, l'ont été indûment.

7. Dans le dossier n° 6, Mme L a facturé, pendant les mois d'août 2014 et d'août 2015, un total de 40 actes infirmiers de soins AIS 3, et 20 indemnités de déplacement IFA. Le

patient a déclaré à l'inspecteur de la caisse qu'il était parti en vacances pendant les périodes concernées, ce qui était corroboré par ses relevés bancaires. Mme L admet avoir facturé à tort ces actes s'agissant de 2014, mais affirme au contraire les avoir bien effectués en 2015. Toutefois, la seule attestation du père du patient, qui affirme « avoir utilisé la carte bancaire de [s]on fils (...) durant la période du 12 août 2015 jusqu'au 19 août 2015 pour [s]e rendre à l'étranger et avoir effectué des paiements avec celle-ci » n'est pas de nature à contredire les déclarations de son fils, dont il n'est pas affirmé qu'il ne serait pas parti en vacances. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que les actes facturés, pour un montant de 416 euros, l'ont été indûment.

8. Dans le dossier n° 10, Mme L a facturé, pendant la période allant du 1<sup>er</sup> au 19 juillet 2015, un total de 133 actes médicaux infirmiers (AMI1), 57 indemnités de déplacement (IFA) et 19 majorations de nuit (N). Le patient a déclaré à l'inspecteur de la caisse qu'il était parti en vacances pendant tout le mois de juillet 2015. Toutefois, le patient a ultérieurement attesté que « du 1<sup>er</sup> juillet au 19 juillet 2015 (il) était bien présent et (qu'il a) bien reçu (s)es soins », et que d'autre part « [il ne se souvenait] pas avoir dit au contrôleur (...) être parti en juillet 2015 durant cette année, (s)on état de santé s'est aggravé et (il a) dû être hospitalisé et (n'est) pas parti en vacances ». Le patient contredit ainsi formellement ses premières déclarations. Dans ces conditions, la caisse primaire n'établit pas le caractère fictif des actes facturés.

9. Dans ce même dossier (n° 10), Mme L a facturé, pendant la période allant du 5 janvier 2014 au 12 juillet 2015, un total de 252 actes médicaux infirmiers (AMI1), 108 indemnités de déplacement IFA, 45 majorations pour jours fériés F et 36 majorations de nuit N, tous réalisés les dimanches. Le patient a déclaré à l'inspecteur de la caisse que l'infirmière ne venait pas à son domicile, seule sa remplaçante se déplaçant le dimanche. Si Mme L produit une attestation de l'assuré, qui « reconnaît avoir bénéficié de soins par l'infirmière L Sarah ou sa remplaçante (...) y compris les dimanches », cette attestation ne contredit pas les déclarations précédemment faites par l'intéressé à l'inspecteur, selon lesquelles les actes n'étaient pas réalisés personnellement par Mme L, comme l'exige l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels. Par suite, il y a lieu de considérer que les actes facturés par cette dernière, pour un montant de 1 969,20 euros, l'ont été indûment.

En ce qui concerne les actes non prescrits :

10. Il résulte de l'article 5 de la nomenclature générale des actes professionnels que seuls les actes dûment prescrits peuvent faire l'objet d'une prise en charge par la caisse.

11. Dans les dossiers n°s 7 et 9, Mme L a facturé à la caisse primaire, pour des montants respectifs de 997,50 et 577,50 euros, des indemnités de déplacement alors que les prescriptions médicales ne faisaient pas état de la nécessité de soins à domicile. En l'absence de prescription médicale, et à supposer même qu'il s'agisse d'un simple oubli des médecins prescripteurs, la caisse ne pouvait prendre en charge les actes considérés. Par suite, il y a lieu de considérer que les actes facturés par cette dernière, pour des montants de 997,50 et 577,50 euros, l'ont été indûment.

12. Dans le dossier n° 8, Mme L a facturé à la caisse primaire, pour un montant total de 50 euros, 6 actes AMI 1, 6 majorations d'acte unique, 6 indemnités forfaitaires de déplacement IFA et une majoration pour la période allant du 18 mai au 6 juin 2014, sur la base d'une prescription dont la date, soit le 18 mai 2014, avait été modifiée à la main alors que la visite médicale a eu lieu le 6 juin 2014. De la même manière, dans le dossier n° 9,

Mme L a facturé à la caisse primaire, pour un montant total de 496,40 euros, 84 actes AMI 1, 36 indemnités de déplacement IFA, 2 majorations pour jour férié (F) et 12 majorations de nuit (N), sur la base d'une prescription dont la date, soit le 6 décembre 2014, avait été modifiée à la main alors que la visite médicale a eu lieu postérieurement. De même enfin, dans le dossier n° 10, Mme L a facturé à la caisse primaire, pour un montant total de 2 862,30 euros, 123 actes AMI 1, 85 IFA, 12 majorations F et 69 majorations N, sur la base d'une prescription dont la date et la durée de validité avaient été modifiées à la main, cette dernière étant portée de 3 à 6 mois. Dans les trois cas, il résulte des déclarations des médecins prescripteurs que les actes considérés ont été accomplis en-dehors de toute prescription, et n'ont été pris en charge par la caisse primaire qu'à la faveur d'une modification ultérieure de la date de la prescription ou de la durée de celle-ci. Mme L, qui ne peut utilement invoquer l'impératif d'assurer la continuité des soins pour échapper à l'obligation résultant des dispositions précitées de l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature, a donc indûment facturé à la caisse les sommes de 50 euros, 496,40 euros et 2 862,30 euros.

En ce qui concerne les actes « non médicalement justifiés » :

13. Dans les dossiers n<sup>os</sup> 15 et 16, Mme L a facturé à la caisse primaire, pour des montants respectifs de 11 780,80 euros et de 12 997,15 euros, un total, dans chaque cas, de 1 147 actes médicaux infirmiers (AMI1), de 308 majorations d'acte unique (MAU), de 208 majorations pour jours fériés (F) et de 573 majorations de nuit (N), ainsi que, respectivement, 338 et 808 indemnités de déplacement (IFA). La caisse primaire, sans contester la réalité de l'accomplissement de ces actes, a considéré qu'ils n'étaient pas médicalement justifiés, se fondant sur des prescriptions établies par un médecin à la demande de l'infirmière et sans examen des patients. Toutefois, la seule circonstance que les prescriptions ont été renouvelées, pendant la période considérée, 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 médecin prescripteur avait, antérieurement, examiné à plusieurs reprises les patients et connaissait leur état de santé. A défaut d'éléments complémentaires sur la situation médicale des intéressés, il ne peut être considéré que les sommes correspondantes, pour des montants de 11 780,80 et 12 997,15 euros, ont été indûment facturées à la caisse.

Sur les sanctions :

14. Il résulte de ce qui précède que la caisse est fondée à demander à Mme L, sur le fondement du 4° de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale le reversement du trop-perçu, d'un montant total de 20 636,20 euros.

15. Il en résulte également que Mme L a facturé à la caisse primaire, pour un montant de 15 707,70 euros, des actes non réalisés. Eu égard à la fréquence de ces erreurs, celles-ci n'ont pu procéder que d'une volonté délibérée. En outre, Mme L a facturé des actes, d'un montant total de 3 408,70 euros, sur le fondement de prescriptions dont les dates ou la durée avaient été altérées. Compte tenu de ces circonstances, il y a lieu de prononcer à l'encontre de Mme L la sanction d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux prévue par l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, pour une durée de deux ans, dont un an avec sursis.

16. Cette sanction fera l'objet d'une publication par voie d'affichage, pour une durée de deux ans, dans les locaux de la caisse primaire conformément au dernier alinéa de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

## DECIDE

Article 1<sup>er</sup> : Il n'y a plus lieu de statuer sur la requête de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône en tant qu'elle porte sur la somme de 55,20 euros correspondant à des actes non réalisés dans le dossier contrôlé n° 13.

Article 2 : Mme L est condamnée à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 20 636,20 euros (VINGT MILLE SIX CENT TRENTE SIX EUROS ET VINGT CENTIMES) correspondant au trop-perçu.

Article 3 : Une sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux d'une durée de DEUX ANS (2 ANS) est prononcée à l'encontre de Mme L. La première période d'interdiction, d'une durée d'un an (UN AN), est ferme et prendra effet à la date du 1<sup>er</sup> février 2018. La seconde période d'interdiction, d'une durée d'un an (UN AN), est assortie d'un sursis qui pourra être révoqué en cas de nouvelle infraction dans les conditions prévues par l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Article 4 : Le surplus des conclusions de la caisse primaire d'assurance maladie est rejeté.

Article 5 : La présente décision sera affichée dans les locaux de la caisse primaire d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône pendant une durée de deux ans.

Article 6 : La présente décision sera notifiée au directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à Mme L, au directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé, au ministre chargé de l'agriculture, au conseil national de l'ordre des infirmiers et au conseil départemental des infirmiers des Bouches-du-Rhône.

Délibéré après l'audience du 17 novembre 2017, à laquelle siégeaient :

- M. Renaud Thielé, président,  
- M. Guy Choain, Mme Marie-Ange Ferry, M. Yves Roux et Mme Catherine Skrzypczak, assesseurs.

Lu en audience publique le 1<sup>er</sup> décembre 2017.

Le président,

La secrétaire de la section,

Renaud Thielé

Guylaine Laugier