

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

Chambre disciplinaire de première instance

Section des assurances sociales

N° SAS-2022-005

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

Audience du 15 février 2023

Décision du 1^{er} mars 2023

Vu la procédure suivante :

Par une requête, enregistrée le 7 juin 2022, et un mémoire enregistré le 6 octobre 2022, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, représentée par son directeur général, demande à la section des assurances sociales d'infliger à Mme M. l'une des sanctions prévues aux 1^o, 2^o et 3^o de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, proportionnée à la gravité des griefs retenus à son encontre, soit 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 ses locaux, et de la condamner à lui rembourser le trop-remboursé correspondant à une somme de 10 536,07 euros.

La caisse soutient que :

- la procédure de contrôle est régulière ;
- il a été relevé, pour un montant total de 10 536,07 euros, des facturations injustifiées ;
- ces anomalies procèdent non de simples négligences mais d'une volonté de fraude qui justifie l'infliction d'une sanction.

Par un mémoire en défense, enregistré le 6 septembre 2022, Mme M., représentée par Mes Choley et Vidal, demande à la section des assurances sociales :

- 1°) de rejeter la requête de la caisse primaire ;
- 2°) de mettre à la charge de la caisse primaire la somme de 4 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient que :

- la procédure de contrôle est entachée d'irrégularités qui portent une atteinte irrémédiable aux droits de la défense ;
- a minima, ces irrégularités ôtent tout caractère probant aux éléments issus du contrôle d'activité ;
- en effet, elle n'a pas été informée de son droit d'être assisté par un avocat et de son droit de se taire ;
- il n'est pas établi que l'agent qui a procédé au contrôle, M. Arlandis, ait été régulièrement agréé et assermenté ;
- l'audition téléphonique d'une assurée est irrégulière ;
- elle reconnaît la facturation par erreur d'actes non réalisés ;
- les autres griefs de la caisse primaire sont infondés.

Par ordonnance du 19 septembre 2022, le président de la section des assurances sociales a décidé que l'instruction serait close le 14 octobre 2022 à midi.

Un mémoire présenté par Mme M. le 1^{er} décembre 2022 n'a pas été communiqué. Il n'en a pas été tenu compte.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique ;
- 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, président-assesseur à la cour administrative d'appel de Marseille, en qualité de président titulaire de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Provence-Alpes-Côte d'Azur et Corse du conseil de l'ordre des infirmiers.

Après avoir entendu lors de l'audience publique du 15 février 2023 :

- le rapport de M. Choain, rapporteur,
- les observations de M. Carpier, représentant la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône,
- et les observations de Me Méot pour Mme M..

Considérant ce qui suit :

1. Mme M., qui exerce la profession d'infirmier à titre libéral, a fait l'objet d'un contrôle de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pour la période allant du 1^{er} septembre 2019 au 15 septembre 2021. Ayant relevé plusieurs anomalies, la caisse demande à la section des assurances sociales de condamner Mme M à lui rembourser le trop-versé correspondant, et de lui infliger une des sanctions prévues par les 1^o, 2^o ou 3^o de l'article

L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

1. Sur la régularité de la procédure :

1.1. En ce qui concerne le cadre juridique :

2. Comme l'a jugé le Conseil d'Etat dans sa décision n° 442985 du 14 janvier 2021, le respect de ces exigences procédurales par le service du contrôle médical pendant la phase d'analyse préalable à la saisine de la juridiction du contrôle technique ne constitue pas une condition de recevabilité de la plainte. De même, l'éventuelle irrégularité de cette phase préalable ne saurait par elle-même entacher d'irrégularité la procédure juridictionnelle. En revanche, le professionnel de santé poursuivi devant la juridiction du contrôle technique peut toujours se prévaloir de circonstances antérieures à l'engagement des poursuites disciplinaires de nature à affecter la régularité de la procédure juridictionnelle suivie ou le bien-fondé de la sanction susceptible d'être infligée. En particulier, il peut utilement faire valoir que, pendant la phase d'analyse préalable, il aurait été porté par avance une atteinte irrémédiable au respect des droits de la défense pendant la procédure juridictionnelle ou que des irrégularités ayant entaché cette phase d'analyse préalable affectent la valeur probante des éléments produits lors de l'instance juridictionnelle ou conduisent à remettre en cause l'existence matérielle ou la qualification des faits dénoncés dans la plainte.

1.2. En ce qui concerne l'agrément et l'assermentation :

3. La caisse primaire justifie de l'existence et de la publication des décisions d'agrément provisoire et définitif de l'agent chargé du contrôle, ainsi que de sa prestation de serment. Le moyen tiré de l'irrégularité des constatations faites par cet agent doit donc être écarté.

1.3. En ce qui concerne la régularité de la convocation de l'infirmier :

4. Aucune disposition législative ou réglementaire, ni aucun principe n'impose que l'audition de l'infirmier par l'agent chargé du contrôle soit précédée d'un formalisme particulier et, en particulier, qu'elle donne lieu à l'envoi d'une convocation informant notamment l'infirmier contrôlé de la faculté qu'il a de se faire assister d'un conseil de son choix. A ce titre, l'article R. 114-18 du code de la sécurité sociale, qui prévoit de telles garanties, concernent les seules vérifications portant sur les fournitures de médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que des prestations associées à ces fournitures, prévues par les articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale, et est donc inapplicable dans le présent litige.

1.4. En ce qui concerne la violation du droit de l'intéressé de ne pas contribuer à sa propre incrimination :

5. La répression, par un ordre professionnel, des manquements de l'un de ses membres à ses devoirs professionnels se rattache à l'exercice de droits et obligations de caractère civil et non à des accusations en matière pénale. Sont par suite insusceptibles d'être utilement invoquées la méconnaissance du droit de ne pas contribuer à sa propre incrimination résultant de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

1.5. En ce qui concerne le procès-verbal d'audition téléphonique :

6. Si Mme M. soutient que l'agent ayant procédé à l'audition téléphonique de l'assuré n'a pas vérifié son identité, n'a pas recueilli sa signature et n'a pas mentionné dans le procès-verbal les questions posées à l'assuré, de telles circonstances ne sont pas de nature à entraîner l'irrégularité de cette audition. Les informations recueillies à cette occasion font donc foi jusqu'à preuve du contraire.

2. Sur les manquements imputés à Mme M. :

2.1. En ce qui concerne les actes non réalisés :

7. Il résulte de l'instruction que, dans le dossier contrôlé n° 16, Mme M. a facturé, pour un montant total de 549,20 euros, des actes qu'elle n'a pas matériellement réalisés, étant alors en congé de maladie puis en congé de maternité.

2.2. En ce qui concerne les majorations « F » multiples facturées pour des malades résidant dans le même lieu :

8. La caisse primaire a abandonné ce grief.

2.3. En ce qui concerne les actes effectués sans prescription :

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

10. Il résulte de cette disposition que seuls les actes dûment prescrits peuvent faire l'objet d'une prise en charge par la caisse.

11. Il résulte de l'instruction que, dans les dossiers contrôlés n°s 1 et 7, des actes ont été facturés sur la base de prescriptions échues, pour des montants de 828 euros et 93,90 euros. Toutefois, s'agissant du premier dossier, Mme M. produit une prescription médicale en date du 30 décembre 2020 dont la régularité n'est pas contestée par la caisse primaire. Il y a donc seulement lieu de retenir, au titre de l'indu, les actes réalisés sans prescription entre le 26 décembre 2020 et le 30 décembre 2020, pour un montant de 276 euros.

12. Il résulte par ailleurs de l'instruction que, dans le dossier n° 6, Mme M. a facturé à la caisse primaire des soins quotidiens, alors que la prescription prévoyait la réalisation de soins un jour sur deux. La circonstance que l'état de santé du patient nécessitait des soins quotidiens, à la supposer établie, n'est pas de nature à permettre à l'intéressée de facturer des actes non prescrits. Le montant des actes facturés et non prescrits s'élève à 92,60 euros.

2.4. En ce qui concerne la facturation excessive d'actes cotés AIS3 pour des soins dispensés au cours de séances d'une durée inférieure à trente minutes :

13. En vertu du II de l'article 11 du chapitre I du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels, une séance de soins infirmiers correspondant à la cotation AIS3 s'entend d'une « *séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure* ». Les actes cotés AIS3 sont donc dispensés par séances d'une demi-heure. Dans le cas où est constaté un nombre significativement excessif de cotations journalières d'actes AIS3, il peut en être déduit que certains de ces actes, soit n'ont pas été effectués, soit l'ont été dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins et caractérisent de ce fait un abus d'honoraires.

14. Il y a lieu de fixer à dix-sept heures l'amplitude de travail au-delà de laquelle, en toute certitude et compte tenu des temps de déplacement et de pause, la qualité des soins ne peut plus être assurée. Cette amplitude correspondant à un nombre d'actes journaliers AIS3 égal à 34, le montant des honoraires facturés à tort à la caisse équivaut par conséquent aux honoraires perçus par l'infirmier au-delà du trente-quatrième acte AIS3.

15. Il résulte de l'instruction que le montant des actes AIS3 ainsi facturés au-delà du trente-quatrième acte quotidien s'élève à 8 972,37 euros.

3. Sur les sanctions :

16. Il résulte de ce qui précède que la caisse est donc fondée à demander à Mme M., 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 9 984,07 euros, qui correspond à des abus d'honoraires.

17. Au regard de la nature des faits reprochés, il y a lieu de prononcer à son encontre 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 mois avec sursis.

18. Il n'y a pas lieu de décider l'affichage de cette décision.

4. Sur les frais liés au litige :

19. Les dispositions de loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique font obstacle à ce qu'une somme quelconque soit mise à la charge de la caisse primaire, qui n'est pas la partie perdante dans la présente instance.

DECIDE

Article 1^{er} : Mme M. est condamnée à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 9 984,07 euros correspondant au trop-perçu.

Article 2 : Une sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux d'une durée de deux mois avec sursis est prononcée à l'encontre de Mme M..

Article 3 : Le surplus des conclusions des parties est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à Mme M., 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 15 février 2023, à laquelle siégeaient :

- M. Renaud Thielé, président,
- M. Guy Choain, M. Patrick Croisy, M. Christophe Roman, Mme Catherine Surroca, assesseurs.

Décision mise à la disposition des parties et du public par le greffe le 1^{er} mars 2023.

Le président,



Renaud Thielé

La secrétaire de la section,

SIGNÉ

Johanna Benzi