

## CONSEIL SUPERIEUR DE LA SECURITE SOCIALE

Audience publique du vingt-et-un janvier deux mille dix-neuf

### Composition:

M.	Pierre Calmes, président de chambre à la Cour d'appel,	président
Mme	Mylène Regenwetter, conseiller à la Cour d'appel,	assesseur-magistrat
Mme	Michèle Raus, conseiller à la Cour d'appel,	assesseur-magistrat
M.	Francesco Spagnolo,	secrétaire



### ENTRE:

la Caisse nationale de santé, établie à Luxembourg, représentée par son président actuellement en fonction,  
appelante,  
comparant par Sarah Esposito, attaché, demeurant à Luxembourg;

### ET:

**X**, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, demeurant professionnellement à [...],  
intimé,  
comparant en personne.

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 9 mai 2018, la Caisse nationale de santé a relevé appel d'un jugement rendu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale le 16 avril 2018, dans la cause pendante entre elle et X, et dont le dispositif est conçu comme suit: Par ces motifs, le Conseil arbitral de la sécurité sociale, statuant contradictoirement et en premier ressort; se déclare régulièrement saisi par la Commission de surveillance de la sécurité sociale ; prononce à l'encontre du docteur X pour le fait retenu à sa charge une amende d'ordre de 250 € au profit de la Caisse nationale de santé.

Les parties furent convoquées pour l'audience publique du 17 décembre 2018, à laquelle Monsieur le président fit le rapport oral.

Madame Sarah Esposito, pour l'appelante, conclut en ordre principal à voir reformer le jugement du Conseil arbitral du 16 avril 2018 et prononcer une amende d'ordre de 1.000 euros; en ordre subsidiaire, elle conclut à la confirmation du jugement du Conseil arbitral du 16 avril 2018.

Monsieur X fut entendu en ses explications.

Après prise en délibéré de l'affaire le Conseil supérieur rendit à l'audience publique de ce jour, à laquelle le prononcé avait été fixé, l'arrêt qui suit:

Par courrier du 12 décembre 2016 la Caisse nationale de santé (ci-après la CNS) a saisi la Commission de surveillance conformément à l'article 73 du code de la sécurité sociale dans le but de voir convoquer le docteur X pour y être entendu en ses explications à propos de ses mémoires d'honoraires n°16-119980 datés du 20 janvier 2016 et du 21 janvier 2016 concernant « *la modification de la facturation sur deux jours consécutifs de prestations identiques sur la même personne en vue d'outrepasser les règles de non-cumul applicable* ».

Par décision du 19 juillet 2017, la Commission de surveillance de la sécurité sociale, instituée par l'article 72 du code de la sécurité sociale, a déclaré recevable et fondée la demande de la CNS et a renvoyé l'affaire devant le Conseil arbitral.

La décision de la Commission de surveillance est motivée comme suit :

« Vu la requête du 15 décembre 2016 par laquelle la Caisse Nationale de Santé (CNS) a demandé à la Commission de surveillance de la Sécurité Sociale le renvoi du X devant le Conseil arbitral de la Sécurité Sociale pour y répondre de la transgression de diverses dispositions normatives sur le plan de la facturation des actes et services des médecins à savoir plus particulièrement l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 en arrêtant la nomenclature,

les articles 19 alinéa 2 et 65 alinéa 1<sup>er</sup> du code de la Sécurité Sociale, les articles 21, 34 et 105 du Code de déontologie édicté par le Collège médical et l'article 1<sup>er</sup> de la Convention entre la CNS et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD).

Considérant que la CNS avait été au début de l'année 2016 saisie par la dame Y d'un mémoire d'honoraires du Docteur X renseignant pour le 20 janvier les actes codés sous les n ° C13, CP1, 8S23 et 8S24 dont seulement les deux derniers ont été pris en charge, ce notamment en raison des règles respectives d'inopposabilité et de non-cumul concernant les premiers.

Considérant toutefois que peu de temps après la susdite patiente a fait parvenir à la CNS un nouveau mémoire portant le même numéro que le précédent contenant un relevé identique des prestations effectuées par le convoqué avec la différence que les positions C13 et CP1 ont cette fois comme date de réalisation le 21 au lieu du 20 janvier 2016 initialement indiqué;

Considérant que cette modification est en principe un acte de nature à procurer au patient un avantage injustifié et illicite constituant en même temps une violation des textes de consigne susrelatés;

Considérant que le Docteur X estime que sa responsabilité n'est pas engagée du fait que l'altération du document en question n'a pas été opérée par lui-même, mais pas une de ses secrétaires ayant agi sous l'insistance énergique de la dame traitée;

Considérant cependant que, puisque le personnel administratif d'un cabinet médical ne tombe pas sous la compétence disciplinaire afférente de la Sécurité sociale, il incombe au praticien de veiller à ce que les normes édictées en la matière soient respectées et devra ainsi répondre des irrégularités susceptibles de nuire, comme en l'espèce, tant aux organismes de l'assurance maladie qu'aux personnes protégées;

que l'exonération suggérée par la défense et à supposer admise par la Commission de surveillance engendrerait des possibilités d'abus à même d'emporter la déstructuration des Caisses de santé et maladie instaurées par la loi;

qu'il suit de ce qui précède que la demande de la CNS est fondée; »

Par jugement du 16 avril 2018 le Conseil arbitral de la sécurité sociale s'est déclaré valablement saisi par la Commission de surveillance et a prononcé à l'encontre du docteur X une amende d'ordre de 250 euros au profit de la CNS.

Ce jugement est motivé comme suit :

« Attendu que la Caisse nationale de santé reproche au Dr X d'avoir transgressé diverses dispositions normatives sur le plan de la facturation des actes et services des médecins et, en particulier :

- l'article 10, alinéa 2, du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ;
- les articles 17, alinéa 1, 19, alinéa 2, 21, 23 et 65, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code de la sécurité sociale ;
- les articles 21, 34 et 105 du Code de déontologie édicté par le Collège médical ;
- les articles 24, point 1), alinéa 6, 74, alinéa 1<sup>er</sup>, 76 alinéa 2 et 79 alinéa 1<sup>er</sup> de la Convention entre la CNS et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) ;

Attendu que les faits de la cause, tels qu'ils résultent des éléments du dossier et confirmés par les débats à l'audience, se présentent comme suit :

Attendu qu'au début de l'année 2016, l'assurée Y a saisi la Caisse nationale de santé en remboursement d'un mémoire d'honoraires n° 16-119980 du docteur X daté du 20 janvier 2016 et renseignant pour le 20 janvier 2016 les actes codés sous les n° C13, CP1, 8S23 et 8S24 ;

Attendu que seulement les actes codés sous les n° 8S23 et 8S24 ont été pris en charge par la CNS par application des règles d'inopposabilité à l'acte codé sous le n° CP1 et de non-cumul aux autres actes ;

Attendu que la CNS a ensuite été saisie par la même assurée d'un mémoire d'honoraires du docteur X daté du 21 janvier 2016 portant cependant exactement le même numéro que le précédent et contenant un relevé identique des prestations effectuées par le Dr X sauf que, contrairement au premier mémoire d'honoraires, les positions C13 et CP1 y étaient cette fois-ci déclarées comme ayant été réalisées en date du 21 janvier 2016 au lieu du 20 janvier 2016 ;

Attendu que la Commission de surveillance, après avoir constaté que l'altération du mémoire d'honoraires constituait en principe un acte de nature à procurer au patient un avantage injustifié et illicite et en même temps une violation des textes de consigne précités, et après avoir noté que le docteur X entendait s'exonérer de toute responsabilité en invoquant que ce n'était pas lui-même qui avait altéré le document en question, mais une de ses secrétaires sous l'insistance énergique de la patiente, a décidé de renvoyer l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale en définissant le comportement répréhensible reproché au Dr X comme suit :

« (...) Puisque le personnel administratif d'un cabinet médical ne tombe pas sous la compétence disciplinaire afférente de la Sécurité sociale, il incombe au praticien de veiller à ce que les normes édictées en la matière soient respectées et devra ainsi répondre des irrégularités susceptibles de nuire, comme en l'espèce, tant aux organismes de l'assurance maladie qu'aux personnes protégées ;

Que l'exonération suggérée par la défense et à supposer admise par la Commission de surveillance engendrerait des possibilités d'abus à même d'emporter la déstructuration des Caisses de santé et de maladie instaurées par la loi » ;

Attendu qu'à l'audience, la CNS a conclu à la condamnation du Dr X à une amende d'ordre de 1.000 € ;

Attendu que le Dr X a réitéré à l'audience son moyen de défense consistant à invoquer comme cause d'exonération de toute responsabilité disciplinaire que le mémoire d'honoraires n° 16-119980 fut altéré à son insu par l'une de ses trois secrétaires ; que cette secrétaire, dont le comportement aurait été jusqu'alors irréprochable, n'aurait réédité le mémoire d'honoraires avec une date de consultation falsifiée qu'à la demande expresse et insistante de l'assurée Y qui s'était présentée au guichet à l'hôpital; que cette dernière, s'étant vue remettre ledit document, en aurait ensuite fait usage auprès de la CNS afin d'obtenir le remboursement du poste y inscrit sous le code n° C13 en éludant les dispositions sur le non-cumul ; qu'il n'aurait

obtenu connaissance des faits en question qu'au moment où la CNS, par lettre datée du 27 juin 2016, avait sollicité sa prise de position à leur sujet ;

Attendu qu'il ressort des pièces produites que la secrétaire médicale du Dr X a réédité le mémoire d'honoraires n° 16-119980 comme constituant une « copie conforme de la facture originale », qu'elle l'a daté au 21 janvier 2016, qu'elle a modifié les dates de réalisation des codes CP1, désignant une convenance personnelle inopposable à la CNS, et C13, désignant une consultation du médecin spécialiste en orthopédie non cumulable avec les actes techniques de radiodiagnostic 8S23 et 8S24, en leur attribuant la date du 21 janvier 2016, et qu'elle l'a signé au nom et pour le compte du Dr X ;

Attendu que la responsabilité disciplinaire se distingue de la responsabilité civile dans la mesure où la première a comme objectif la sanction du prestataire de soins auteur d'une faute disciplinaire ou d'un manquement déontologique tandis que la deuxième a comme objectif l'indemnisation de la victime d'une faute ou d'une négligence commise par le prestataire de soins ;

Attendu que si le droit de la responsabilité civile connaît le principe d'une responsabilité du commettant du fait de son préposé, il n'en est pas de même du droit disciplinaire dès lors que le principe relatif au caractère personnel de la peine est applicable en matière disciplinaire et s'oppose donc à une responsabilité disciplinaire d'une personne physique du fait d'autrui, une sanction disciplinaire ne pouvant être encourue, en application de ce principe, que par la preuve d'un fait personnel fautif (cf., Cass.b., 13 mars 2008, n° D.07.0012.N., Pas. b., I, n° 180 et, implicitement, Cass.b., 31 janvier 1985, Pas. b., n° 320 ; J. ALARDIN, J. CASTIAUX « Le droit disciplinaire dans la jurisprudence : Une analyse des arrêts de la Cour de Strasbourg, de la Cour constitutionnelle et de la Cour de Cassation, Larcier) ;

Attendu qu'il y a lieu de relever que la CNS ne rapporte aucune preuve d'une implication personnelle du Dr X dans l'altération du mémoire d'honoraires ;

Attendu que la CNS reste dès lors en défaut d'établir à charge du Dr X une violation des dispositions des articles 10, alinéa 2, du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 en arrêtant la nomenclature ainsi que des articles 19, alinéa 2, et 65, alinéa 1<sup>er</sup>, du Code de la sécurité sociale et des articles 21, 34 et 105 du Code de déontologie édicté par le Collège médical ;

Attendu qu'il n'est pas non plus établi à charge du Dr X de transgression des dispositions des articles 17, alinéa 1, 21 et 23 du Code de la sécurité sociale ou des articles 74, alinéa 1<sup>er</sup>, 76, alinéa 2, et 79, alinéa 1<sup>er</sup>, de la Convention entre la CNS et l'Association des Médecins et Médecins-Dentistes (AMMD) ;

Attendu qu'à la demande expresse du Conseil arbitral de la sécurité sociale, le Dr X a déclaré être l'employeur de la secrétaire en question depuis de nombreuses années ; qu'il lui a délégué sa signature quant à la facturation des prestations médicales délivrées mais sans lui donner des instructions particulières quant à l'établissement des mémoires d'honoraires ;

Attendu que l'article 24, point 1), alinéa 6, de la Convention conclue entre la CNS et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) dispose :

« Les mémoires d'honoraires établis ou acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin quant à la conformité des inscriptions » ;

Attendu que, la délégation de signature procédant du mandat et n'ayant pour effet que de décharger matériellement le délégant d'une partie de ses tâches par la désignation d'une personne qui signera en lieu et place des actes préalablement déterminés, le délégant demeure responsable des documents signés par le délégataire en vertu de la délégation de signature ;

Attendu que la responsabilité personnelle du médecin visée par l'article 24, point 1), alinéa 6, précité, ne peut cependant pas être disciplinaire dans l'hypothèse où l'établissement ou l'acquiescement du mémoire d'honoraires aux inscriptions irrégulières est intervenu à l'initiative du délégataire agissant au nom et pour le compte du médecin délégant sans que celui-ci soit personnellement intervenu dans l'accomplissement de ces actes ;

Attendu qu'il y a lieu de rappeler à cet égard qu'il n'est rapporté en cause aucune intervention du Dr X, de quelque nature qu'elle soit, dans l'altération du mémoire d'honoraires litigieux ;

Attendu qu'imputer alors au médecin les manquements commis en l'espèce par le délégataire de signature reviendrait à mettre en jeu le respect du principe de la personnalité des peines sus-énoncé ;

Attendu cependant que, la délégation de signature s'effectuant sous l'autorité et le contrôle du délégant qui continue à assumer la responsabilité des actes signés en son nom, il incombe au médecin délégant de veiller à ce qu'elle n'ait pas pour effet d'entraîner l'accomplissement d'actes matériels constitutifs d'un manquement à une obligation professionnelle déontologique et, notamment, au devoir de ne pas nuire à la considération de la profession et à l'intérêt général ;

Attendu qu'il aurait appartenu en l'espèce au Dr X, qui n'a pas instruit sa secrétaire des règles applicables à la facturation des prestations de santé, d'imposer à son personnel un protocole des consignes à appliquer et, en particulier, de concertation obligatoire avec le médecin délégant en cas de difficultés, afin de prévenir, notamment, le recours du secrétariat à des moyens frauduleux pour satisfaire une demande abusive d'un patient ;

Attendu cependant qu'il est établi en cause que le docteur X a omis de ce faire ;

Attendu que, au vu des considérations antérieures et compte tenu de l'absence de tout précédent, il y a lieu de sanctionner le manquement commis par le docteur X par une amende d'ordre de 250 €. »

Par requête déposée au secrétariat du Conseil supérieur de la sécurité sociale le 9 mai 2018, la CNS a interjeté appel contre le prédit jugement et demande par réformation de cette décision la condamnation du docteur X à une amende d'ordre de 1.000 euros.

Cet acte d'appel est conçu comme suit :

« A l'honneur de vous exposer très respectueusement, la Caisse nationale de santé (CNS), représentée par le président de son comité-directeur, Monsieur Paul Schmit, Luxembourg ;

Qu'elle interjette appel contre un jugement du 16 avril 2018, rendu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale dans une affaire l'opposant au Dr X (Reg. No CNS CS 216/17), lui notifié par lettre du 19 avril 2018 ;

Attendu que cette décision a retenu que la CNS reste en défaut d'établir à charge du Dr X une violation des dispositions des articles 10, alinéa 2, du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ainsi que des articles 19, alinéa 2, et 65, alinéa 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale et des articles 21, 34 et 105 du Code de déontologie édicté par le Collège médical ;

Que cette décision a retenu qu'il n'est pas non plus établi à charge du Dr X de transgression des dispositions des articles 17, alinéa 1<sup>er</sup>, 21 et 23 du Code de la sécurité sociale ou des articles 74, alinéa 1<sup>er</sup>, 76, alinéa 2 et 79 alinéa 1<sup>er</sup> de la Convention entre la CNS et l'Association des médecins et médecins-dentistes (AMMD) ;

Que le jugement entrepris a encore décidé que la responsabilité personnelle du médecin visée par l'article 24 1) alinéa 6 (de la Convention entre la CNS et l'AMMD) ne peut pas être disciplinaire dans l'hypothèse où l'établissement ou l'acquiescement du mémoire d'honoraires aux inscriptions irrégulières est intervenu à l'initiative du délégataire agissant au nom et pour le compte du médecin délégant sans que celui-ci soit personnellement intervenu dans l'accomplissement de ces actes ;

Qu'enfin la prédite décision a retenu qu'il aurait appartenu au Docteur X, qui n'a pas instruit sa secrétaire des règles applicables à la facturation des prestations de santé, d'imposer à son personnel un protocole des consignes à appliquer, en particulier, de concertation obligatoire avec le médecin délégant en cas de difficultés, afin de prévenir, notamment le recours du secrétariat à des moyens frauduleux pour satisfaire une demande abusive du patient,

Que ladite décision a, au vu des considérations antérieures et compte tenu de l'absence de tout antécédent, condamné le Dr X au paiement d'une amende d'ordre d'un montant de 250 € en faveur de la CNS.

### **I. En fait**

Attendu que la CNS a été saisie par la personne protégée, Madame Y (matricule [...]) demeurant à [...] (ci-après « Madame Y d'une demande de remboursement d'un mémoire d'honoraires n° 16-119980 établi par le Dr X en date du 20 janvier 2016 et portant facturation des prestations suivantes (**annexe 1**) :

- Consultation du médecin spécialiste en orthopédie (C13),
- Convenance personnelle (CP1)
- Rx hanche -CAC (8S23),
- Radiomensuration ou mesure des axes des membres inférieurs (8S24)

Que suivant décompte joint, les prestations reprises sur le mémoire d'honoraires ont toutes été remboursées à Madame Y à l'exception de la position CP1 en raison de l'inopposabilité des convenances personnelles à la CNS et de la position C13 en raison de la

règle du non-cumul entre actes généraux et actes techniques effectués au cours de la même séance sur la même personne (**annexe 2**) ;

Qu'en effet, aux termes de l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie :

*« Dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. (...) » ;*

Que peu de temps après, sans préjudice quant à une date plus exacte, la CNS a été saisie une nouvelle fois par Madame Y en vue du remboursement d'un mémoire d'honoraires établi par le Dr X en date du 21 janvier 2016 qui constitue une « copie conforme de la facture originale » et qui indique le même numéro de facturation que le premier mémoire d'honoraires (**annexe 3**) ;

Que le deuxième mémoire d'honoraires reprend un relevé identique des prestations effectuées par le Dr X avec la seule différence que les positions C13 et CP1 ont cette fois comme date de réalisation le 21 janvier 2016 au lieu du 20 janvier 2016 initialement renseigné ;

Que par courrier du 8 juin 2016, la CNS a demandé à Madame Y de lui fournir un éclaircissement par rapport à cette différence de date entre la consultation, d'une part, et les actes de radiodiagnostic, d'autre part (**annexe 4**) ;

Que la dame Y a expliqué dans son courrier daté du 20 juin 2016 (**annexe 5**) que :  
*« la première facture qui vous a été envoyée, il y avait la consultation et des actes de radiodiagnostic ensemble.*

*Et comme cela ne m'a pas été correctement rembourser, je suis allée voir la secrétaire de Monsieur X.*

*Je lui ai expliqué que vous ne m'avait pas correctement rembourser, car la consultation et les radiodiagnostic étaient sur la même facture et vous m'avais que rembourser une partie de la facture.*

*Par la suite, la secrétaire m'a dit qu'elle aller me réenvoyer une nouvelle facture à la maison, que je vous ai réenvoyer.*

*En annexe je vous laisse une copie d'un post-it que la secrétaire m'avait coller sur la deuxième facture qu'elle m'a envoyé. (...) » ;*

Que par courrier du 27 juin 2016, la CNS a informé le Dr X de l'introduction par Madame Y de deux mémoires d'honoraires établis par ses soins en vue de leur remboursement en précisant qu'ils portent le même numéro de facturation tout en indiquant des dates différentes quant aux positions CP1 et C13 avec prière de lui fournir une prise de position par rapport à ces faits endéans la quinzaine (**annexe 6**) ;

Qu'en réponse à ce courrier, le Dr X a affirmé dans une lettre du 6 juillet 2016 réceptionnée par la CNS le 8 juillet 2016 (**annexe 7**), que: *« je soussigné, Docteur X, certifie avoir vu la patiente le 20/01/2016 à ma consultation.*

*J'ai proposé la réalisation d'une goniométrie bipodale et d'une radiographie de la hanche. Le montant des honoraires était de 104,20 €.*

*La modification de la facture n'a pas lieu d'être prise en considération. La facture du 20/01/2016 est la définitive et la modification réalisée par la suite est une erreur. (...) ».*

## **II. En droit**

### **1) La procédure**

Attendu que la CNS a procédé à la saisine de la Commission de surveillance en vertu de l'article 73 du Code de la sécurité sociale par requête adressée en date du 15 décembre 2016 (**annexe 8**) ;

Qu'il y a lieu de rappeler que l'article 73 du Code de la sécurité sociale dispose en ses alinéas 1<sup>er</sup> et 2, que :

*« la Commission de surveillance est en outre compétente pour examiner (...) les faits signalés par le président de la Caisse nationale de santé ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte. (...)*

*L'instruction a pour objet de constater dans le chef des prestataires visés à l'article 61, alinéa 2 :*

*1) l'inobservation des dispositions légales, réglementaires, statutaires conventionnelles ayant abouti ou tenté d'aboutir à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation de soins de santé ou en espèces par l'assurance maladie-maternité;*

*(...) ».*

Que les parties ont été dûment convoquées à l'audience du 19 juillet 2017 (**annexe 9**) ;

Que par décision signée en date du 14 août 2017 (**annexe 10**) notifiée en date du 14 août 2017 (**annexe 11**), la Commission de surveillance a procédé au renvoi de l'affaire devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale ;

Que par jugement du 16 avril 2018 (**annexe 12**), notifié en date du 19 avril 2018, le Conseil arbitral de la sécurité sociale a prononcé une amende d'ordre de 250 € à l'encontre du Dr X ;

Que la CNS demande la réformation du prédit jugement aux motifs développés ci-dessous.

### **2) Quant à la violation du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie**

Attendu que le jugement entrepris a décidé que *« la CNS reste dès lors en défaut d'établir à charge du Dr X une violation des dispositions des articles 10, alinéa 2 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature »* ;

Que le jugement entrepris a estimé que *« la responsabilité disciplinaire se distingue de la responsabilité civile dans la mesure où la première a comme objectif la sanction du prestataire de soins auteur d'une faute disciplinaire ou d'un manquement déontologique tandis que la deuxième a comme objectif l'indemnisation de la victime d'une faute ou d'une négligence par le prestataire de soins »* ;

Qu'il y a lieu de relever cependant que suivant l'article 19 de la loi du 8 juin 1999 relative au Collège médical, *« le conseil de discipline exerce le pouvoir de discipline sur toutes les personnes relevant de la présente loi pour :*

1. *Violation des prescriptions légales, réglementaires et déontologiques concernant l'exercice de la profession ;*
2. *Fautes et négligences professionnelles graves ;*
3. *Faits contraires à l'honorabilité et à la dignité professionnelle » ;*

Qu'il ressort dès lors que la matière disciplinaire relève de la compétence du Collège médical, du Conseil de discipline respectivement du Conseil supérieur de discipline ;

Que les sanctions que peut être amené à prononcer le Conseil arbitral de la sécurité sociale relèvent d'un régime hybride, empruntant à la fois au droit judiciaire, au droit administratif et au droit disciplinaire tout en demeurant propre aux caractéristiques attachées à une juridiction de sécurité sociale ;

Que dès lors et contrairement à ce que le jugement entrepris a décidé, la présente affaire ne saurait être appréciée au regard du droit disciplinaire stricto sensu lequel relève de la compétence des instances et de la procédure y relatives telles qu'évoquées ci-dessus ;

Que le principe se rapportant au caractère personnel des peines ne saurait trouver application en l'espèce dans la mesure où l'affaire renvoyée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale par la Commission de surveillance ne revêt pas le caractère disciplinaire ;

Qu'aux termes de l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, « *dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec ceux des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne. Le dernier alinéa de l'article qui précède est applicable. Le médecin a droit aux honoraires les plus élevés, soit de l'acte général, soit des actes techniques après application de l'article qui précède. (...)* » ;

Que suivant l'article 73 du Code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance est compétente pour examiner les faits signalés par ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte ;

Que par conséquent, il ressort de la substance même de cette disposition que la responsabilité du prestataire est susceptible d'être engagée aussi bien pour des faits personnels que pour ceux commis par des personnes placées sous son autorité ;

Qu'il y a lieu de considérer que le régime juridique envisagé par cette disposition du Code de la sécurité sociale se rapproche de la responsabilité du commettant du fait de son préposé tel que prévu par l'article 1384 alinéa 3 du Code de la sécurité sociale ainsi que des dispositions de l'article L.121-9 du Code du travail qui dispose que « *l'employeur supporte les risques engendrés par l'activité de l'entreprise. Le salarié supporte les dégâts causés par ses actes volontaires ou par sa négligence grave* » ;

Qu'il est donc indiscutable en la cause, que c'est sous la responsabilité exclusive du Dr X qu'a été édité une copie conforme du mémoire d'honoraires n ° 16-119980 portant modification des dates des actes en vue de contourner les règles de cumul et permettre ainsi à la personne protégée d'obtenir un remboursement ;

Qu'à ce titre, seul le prestataire, en l'occurrence le Dr X, est tenu d'assumer les conséquences de cet acte au regard des articles 73 et 73bis du Code de la sécurité sociale ;

Qu'une telle pratique a pour conséquence de porter atteinte au respect des règles posées par l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ;

Qu'en ne parvenant pas à une telle conclusion, le jugement entrepris a fait une application erronée de cette règle de droit ;

Que par conséquent et par de ce seul fait, le jugement entrepris doit être réformé en ce qu'il a décidé que la CNS restait en défaut d'établir une telle violation ;

Que par ailleurs, il convient de souligner que le premier mémoire d'honoraires établi en date du 20 janvier 2016 était également irrégulier pour n'être pas conforme aux règles de cumul posées par l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie ;

Que le Dr X a d'ailleurs confirmé dans son courrier adressé à la CNS en date du 6 juillet 2016, que « *la facture du 20/01/2016 est la définitive et la modification réalisée par la suite est une erreur. (...)* » ;

Que dès lors, il y a lieu de constater également la violation du prédit texte par le Dr X dans le cadre de l'établissement du premier mémoire d'honoraires daté au 20 janvier 2016.

### 3) Quant à la violation des dispositions prévues par le Code de la sécurité sociale

Attendu que le jugement entrepris a décidé que « *la CNS reste dès lors en défaut d'établir à charge du Dr X une violation des dispositions (...) des articles 19, alinéa 2, et 65 alinéa 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale* » ;

Que l'article 19 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale dispose que « (...) *ne sont pris en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg* » ;

Que l'article 65 dispose que « *les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, points 1) à 7), 12) et 13) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes* » ;

Que tel qu'il ressort du point 2) développé ci-dessus, le comportement du Dr X en ayant, sous sa responsabilité, permis l'établissement d'un mémoire d'honoraires de complaisance, est constitutif d'une violation d'un ensemble de dispositions auxquelles il est tenu ;

Qu'en prévoyant que la prise en charge par l'assurance maladie est conditionnée au respect

notamment de la nomenclature, des conventions et des statuts de la CNS, l'article 19 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale interdit en substance toute violation des textes visés et ce peu importe l'auteur qui en est à l'origine ;

Qu'une violation des articles 19 alinéa 2 et 65 du Code de la sécurité sociale est établie dans la mesure où ces dispositions constituent la base légale du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie dont le non-respect est également à constater ;

Que le jugement entrepris a encore décidé, « *qu'il n'est pas non plus établi à charge du Dr X de transgression des dispositions des articles 17 alinéa 1<sup>er</sup>, 21 et 23 du Code de la sécurité sociale* » ;

Que l'article 17 alinéa 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité dispose que « *sont pris en charge dans une mesure suffisante et appropriée :*

*1) les soins de médecine ;*

Que l'article 21 du Code de la sécurité sociale dispose que « *la prise en charge des actes, services et fournitures se fait suivant les conditions, modalités et aux taux déterminés par les statuts* » ;

Que l'article 23 du Code de la sécurité sociale dispose que « *les prestations à charge de l'assurance maladie accordée à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conformes aux données acquises par la science de la déontologie médicale* » ;

Que les déclarations de la personne protégée, Madame Y, confirment d'ailleurs que la modification du mémoire d'honoraires initial a été effectuée sans justification admissible, si ce n'est de tenter d'obtenir le remboursement intégral des honoraires du Dr X ;

Que tel que vu précédemment, le premier mémoire d'honoraires daté au 20 janvier 2016 a été établi également en contravention des règles applicables au Dr X ;

Que la modification intervenue dans le cadre du second mémoire d'honoraires daté au 21 janvier 2016 a été faite uniquement dans le but de permettre à la dame X de tenter d'obtenir la prise en charge de l'ensemble des actes ;

Que si le Dr X a jugé qu'une modification du premier mémoire d'honoraires s'imposait en l'espèce, cette dernière aurait toutefois dû être réalisée exclusivement aux fins de se conformer aux différentes règles applicables et ainsi supprimer de la facturation l'acte C13 ;

Que le fait que le Dr X a confirmé par la suite que le premier mémoire d'honoraires était à considérer comme étant le définitif, démontre à suffisance qu'il a préféré priver sa patiente de la prise en charge plutôt que de se conformer aux textes et ainsi renoncer lui-même à une part de ses honoraires, à savoir la somme de 30,60 € correspondant à l'acte C13 ;

Que par conséquent, il aurait appartenu au Conseil arbitral de la sécurité sociale de constater qu'une telle pratique s'inscrit à l'encontre des dispositions légales, conventionnelles et réglementaires ;

Que tant l'établissement du premier mémoire d'honoraires que la modification intervenue par pure acte de complaisance, constitue une violation du principe de la prise en charge dans une mesure suffisante et appropriée et de celui dit de « l'utile et du nécessaire » ;

Que le jugement entrepris n'a pas fait les constatations nécessaires à la mise en œuvre des prédites dispositions prévues dans Code de la sécurité sociale ;

Qu'il appartient dès lors au Conseil supérieur de la sécurité sociale de réformer le jugement entrepris en ce qu'il a privé de leur application les dispositions dont il s'agit et ainsi constater leur violation.

4) Quant à la violation des dispositions prévues par l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2013 approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical

Attendu que le jugement entrepris a décidé que la CNS reste en défaut d'établir à charge du Dr X une violation des articles 21, 34 et 105 de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2013 approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le Collège médical;

Qu'il y a encore lieu de rappeler que suivant l'article 73 du Code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance est compétente pour constater les violations aux dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles ;

Qu'une disposition réglementaire est définie comme étant un acte administratif émanant d'une autorité administrative qui établit des normes abstraites s'adressant à un cercle indéterminé de personnes et qui est de nature à produire un effet direct sur les intérêts privés de ce même cercle de personnes ;

Que partant, l'arrêté ministériel approuvant le Code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste est à considérer comme un acte réglementaire dont la violation peut être constatée par la Commission de surveillance et sanctionnée par le Conseil arbitral de la sécurité sociale suivant l'article 73bis du Code de la sécurité sociale ;

Que la modification du mémoire d'honoraires initial réalisée sous la responsabilité du le Dr X est constitutive d'une violation des articles 21, 34 et 105 du prédit Code de déontologie ;

Que l'article 21 dispose que « *sont interdits au médecin :*

- *tout acte de nature à procurer au patient un avantage injustifié ou illicite (notamment certificat de complaisance, etc.)* ;

- *toute ristourne en argent ou en nature, toute commission à des tiers, à l'exception de frais réellement exposés ;*

- *toute sollicitation ou acceptation d'avantage en nature ou en espèces, sous quelque forme que ce soit, d'une façon directe ou indirecte, pour une prescription ou un acte médical quelconque* » ;

Que tel que développé précédemment, le mémoire d'honoraires daté du 21 janvier 2016 a bien été établi sous la responsabilité du Dr X dans le seul but de procurer un avantage à la personne protégée, à savoir de tenter d'obtenir un remboursement indu et au préjudice de l'assurance maladie ;

Qu'une modification du premier mémoire d'honoraires aurait dû intervenir dans le seul but de se conformer aux textes applicables et ainsi renoncer au paiement de l'acte C13 et non pas en vue de fournir un avantage injustifié à la personne protégée ;

Qu'une telle pratique est à qualifier d'acte de complaisance ;

Que l'article 34 dispose que « *l'exercice de la médecine comporte normalement pour le médecin la rédaction de certificats, d'attestations et de rapports dont la production est soit prescrite par la loi et les règlements, soit sollicitée par le patient ou son ayant droit.*

*Dans la rédaction de ses certificats et rapports, le médecin veillera à bien distinguer entre ses constatations, les dires du patient ou des tiers et les autres éléments du dossier.*

*Les documents doivent être rédigés avec prudence et discrétion, de façon correcte et lisible, être datés, permettre l'identification du signataire et comporter la signature du médecin.*

*Le médecin est seul habilité à décider du contenu de ces documents qui engagent sa responsabilité.*

*Il ne devra céder à aucune demande abusive.*

*Ses documents engagent la responsabilité de l'auteur » ;*

Qu'il découle de cette disposition que le médecin est responsable du contenu des documents établis par et/ou en son nom, lesquels doivent être établis avec prudence et en aucun cas dans le but de faire droit à une demande abusive ;

Que par le seul fait d'avoir modifié la date des actes prestés sur le mémoire d'honoraires litigieux, le Dr X est responsable d'une violation du contenu de la prédite disposition ;

Que l'article 105 dispose que « *indépendamment de l'affiliation à une organisation/association syndicale de la profession, tous les médecins établis au Luxembourg sont tenus de respecter les conventions obligatoires, négociées entre les associations représentatives des professions et les organismes de santé, de sécurité sociale ou tout autre entité impliquée dans la profession* » ;

Que l'établissement du premier mémoire d'honoraires daté du 20 janvier 2016 tout comme la modification intervenue en date du 21 janvier 2016, sont à considérer comme étant contraires à cette disposition ;

Que conformément aux arguments développés par la CNS sous le point 5) ci-dessous, il y a lieu de considérer qu'un certain nombre de dispositions conventionnelles n'ont pas été respectées de sorte que par ce seul fait, la violation de l'article 105 du Code de déontologie est également établie ;

Que de ce qui précède il ressort que le jugement entrepris n'a pas fait les constatations nécessaires à la mise en œuvre des prédites dispositions prévues dans Code de déontologie ;

Que partant le jugement entrepris est à réformer en ce qu'il n'a pas tiré des faits pourtant bien établis la violation des prédites dispositions prévues par le Code de déontologie.

5) Quant à la violation des dispositions prévues par la Convention conclue entre l'UCM (actuellement CNS) et l'AMMD

Attendu que le jugement entrepris a décidé que d'une part « *la responsabilité personnelle du médecin visée par l'article 24, point 1), alinéa 6, précité, ne peut cependant pas être disciplinaire dans l'hypothèse où l'établissement o l'acquittement du mémoire d'honoraires aux inscriptions irrégulières est intervenu à l'initiative du délégataire agissant au nom et pour le compte du médecin délégant sans que celui-ci soit personnellement intervenu dans l'accomplissement de ces actes* » ;

Que pareil raisonnement revient à vider de sa substance non seulement l'article 24 (1) alinéa 6 de la Convention entre la CNS et l'AMMD mais encore toutes les dispositions qui encadrent la procédure prévue devant la Commission de surveillance;

Que l'article 24 (1) de la prédite convention prévoit que « *les mémoires d'honoraires établis sur les formules standardisées prévues à l'article 18, doivent reproduire toutes les indications utiles correspondant aux actes prestés personnellement par le médecin et facturés sur la formule d'honoraires. (...)*

*Les mémoires d'honoraires qui ne portent pas toutes les indications obligatoirement prescrites par le cahier de charges prévu ne sont opposables ni à la personne protégée, ni à l'assurance maladie.*

*Les mémoires d'honoraires établis ou acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin quant à la conformité des inscriptions* » ;

Qu'en effet, le raisonnement tenu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale reviendrait à exonérer de sa responsabilité tout prestataire qui se retrancherait derrière des actes commis par son personnel administratif ;

Que tel que décidé par la Commission de surveillance « *l'exonération suggérée par la défense et à supposer admise par la Commission de surveillance engendrerait des possibilités d'abus à même d'emporter la déstructuration des Caisses de santé et de maladie instaurées par la loi* » ;

Qu'avoir reconnu une part de responsabilité du Docteur X exclusivement au motif qu'il n'a pas instruit sa secrétaire des règles en matière de facturation ni imposé un protocole en vue de prévenir le recours du secrétariat des moyens frauduleux revient à donner une interprétation erronée à la prédite disposition ;

Qu'en effet, un tel raisonnement a pour conséquence d'ajouter la condition que le médecin ait omis de donner de telles instructions à son personnel administratif pour pouvoir engager sa responsabilité, condition qui n'est cependant pas requise par le texte de l'article 24 de la Convention ;

Que par conséquent, il aurait appartenu au Conseil arbitral de la sécurité sociale de reconnaître la responsabilité du Dr X sans devoir recourir à un raisonnement qui se base sur une condition inexistante dans le texte ;

Qu'il convient de souligner que suivant le projet de loi 6196 portant réforme de soins de santé<sup>1</sup> « le rôle d'une Commission de surveillance d'assurance maladie-maternité, afin d'être efficace et en même temps dissuasive, doit être celui de pouvoir intervenir dans tous les domaines de violation des dispositions légales, réglementaires, conventionnelles et non seulement celui de trancher des litiges individuels au sujet d'un tarif en application des nomenclatures ou des conventions » ;

Que dans ce contexte il y a lieu de rappeler que l'article 73 du Code de la sécurité sociale dispose, que la Commission de surveillance est compétente pour examiner les faits signalés ou le président d'une caisse de maladie susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte ;

Qu'il découle de cette disposition que ce sont les prestataires dits conventionnés suivant l'article 61 alinéa 2 du Code de la sécurité sociale qui sont susceptibles d'être appelés à comparaître devant la Commission de surveillance d'une part pour leurs comportements personnels et d'autre part pour ceux des personnes placées sous leur autorité, susceptibles de constituer une violation de l'ensemble des dispositions auxquelles ils sont astreints ;

Qu'une lecture combinée de l'article 73 du Code de la sécurité sociale et de l'article 24 (1) alinéa 6 de la Convention disposant que « les mémoires d'honoraires établis ou acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin quant à la conformité des inscriptions » démontre que contrairement à ce qui a été décidé dans le jugement attaqué, la responsabilité du médecin encourue dans le cadre d'une procédure introduite devant la Commission de surveillance et le cas échéant devant le Conseil arbitral de la sécurité sociale, peut être ou bien personnelle ou bien du fait d'autrui pour les personnes placées sous son autorité ;

Qu'il ne saurait être reproché à la CNS de ne pas avoir rapporté la preuve d'une intervention personnelle du Docteur X dans l'établissement du mémoire d'honoraires litigieux dans la mesure où suivant les dispositions précédemment citées, seul le médecin engage sa responsabilité quant au contenu de tels documents, peu importe s'il en est lui-même l'auteur ou s'il s'agit d'un délégué ;

Que la CNS demande dès lors au Conseil supérieur de la sécurité sociale de donner sa pleine application à l'article 24 (1) alinéa 6 de la Convention et de reconnaître la responsabilité du Dr X ;

Que la CNS demande encore au Conseil supérieur de la sécurité sociale de reconnaître que le raisonnement du Conseil arbitral de la sécurité revient à commettre une erreur de droit en ajoutant une condition inexistante pour pouvoir mettre en œuvre la responsabilité du médecin telle que prévue par l'article 24 (1) de la Convention ;

Que partant la décision entreprise est à réformer en ce sens ;

---

<sup>1</sup> Projet de loi n°69196, p. 75 à 77.

Qu'au vu du raisonnement développé sous les différents points qui précèdent, il y a également lieu de considérer que c'est de manière erronée que la décision entreprise a décidé qu'il n'est pas établi une violation des articles 74 alinéa 1<sup>er</sup>, 76 alinéa 2 et 79 alinéa 1<sup>er</sup> de la Convention ;

Que les prédites dispositions prévoient respectivement, que « *les médecins s'engagent au respect de la nomenclature des actes et services qui leur est applicable et au respect des tarifs conventionnels* », que « *les prestations à charge de l'assurance maladie ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire* » et que « *les parties signataires décident de dépasser la simple maîtrise économique des dépenses d'assurance maladie et de tout mettre en œuvre pour assurer une maîtrise médicalisée des dépenses* » ;

Qu'il aurait appartenu au Conseil arbitral de la sécurité sociale de constater que ces dispositions ont été doublement violées de par, premièrement l'établissement du mémoire d'honoraires du 20 janvier 2016, et deuxièmement de par sa modification intervenue le 21 janvier 2016 ;

Que tel que développé précédemment, ces deux mémoires d'honoraires sont à considérer à plusieurs égards comme irréguliers et contraires aux dispositions applicables ;

Qu'il résulte des circonstances en la cause, que le comportement reproché au Dr X est constitutif d'une violation des dispositions prévues par la nomenclature ainsi que du principe de l'utile et le nécessaire ;

Que pareil comportement ayant consisté en l'établissement d'un mémoire d'honoraires de complaisance a également pour conséquence de porter atteinte au principe de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ;

### **A CES CAUSES**

La Caisse nationale de santé conclut à ce qu'il Vous plaise, Mesdames, Messieurs les Président et Assesseurs composant le Conseil supérieur de la sécurité sociale ;

Constater la violation des prédites dispositions, à savoir l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie, les articles 17 alinéa 1<sup>er</sup>, 19 alinéa 2, 21, 23 et 65 alinéa 1<sup>er</sup> du Code de la sécurité sociale, les articles 21, 34 et 105 du Code de déontologie édicté par le Collège médical et les articles 24 (1) alinéa 6, 74 alinéa 1<sup>er</sup>, 76 alinéa 2 et 79 alinéa 1<sup>er</sup> de la Convention conclue entre l'UCM (actuellement CNS) et l'AMMD ;  
Constater que l'établissement du premier mémoire d'honoraires établi en date du 20 janvier 2016 est constitutif d'une violation des prédites dispositions ;

Constater que la modification intervenue en date du 21 janvier 2016 est constitutive d'une violation des prédites dispositions ;

Réformer le jugement du 16 avril 2018 prononcé par le Conseil arbitral de la sécurité sociale en ce sens ;

Prononcer à l'encontre du Dr X une amende d'ordre de 1.000 €, respectivement de tout montant supérieur jugé plus adapté aux faits et circonstances précités ;

A titre subsidiaire confirmer le montant de 250 € retenu par le Conseil arbitral de la sécurité sociale ;

Voir réserver à la Caisse nationale de santé tous autres droits, dus, moyens et actions. »

### Les faits :

Il est constant en cause que le 20 janvier 2016 Y a consulté le docteur X, médecin spécialiste en chirurgie orthopédique.

Pour cette consultation un mémoire d'honoraires n° 16-119980 a été émis comportant 4 codes tarif pour un montant total de 104,20 euros.

La CNS a refusé la prise en charge intégrale de ce mémoire d'honoraires, le docteur X y ayant facturé le même jour une consultation et des actes de radiodiagnostic, au motif que l'article 10, alinéa 2 du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins dispose que « *dans tous les autres cas, les honoraires des actes généraux ne se cumulent ni entre eux ni avec des actes techniques, si les actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne (...)* ».

Au vu du refus partiel de la CNS, la patiente s'est adressée au secrétariat du docteur X qui lui a renvoyé une deuxième facture portant le même numéro, les mêmes codes tarif, pour le même montant, mais portant la date du 21 janvier 2016 et des dates différentes pour les différentes prestations. Sur un Post-it la secrétaire avait noté ce qui suit : « *Madame, voici la facture du 20/1/2016 modifiée. Vous pouvez essayer de l'envoyer à la CNS pour le remboursement. S'ils ne vous l'accordent pas, veuillez nous en informer SVP. Bien à vous* ».

Le remboursement de cette deuxième facture a également été refusé suivant courrier de la CNS du 27 juin 2016.

Il est à noter que sur les deux factures figure apparemment la paraphe du docteur X.

Le 6 juillet 2016, le docteur X émet le certificat médical suivant adressé à la CNS:

« (...) *J'ai proposé la réalisation d'une goniométrie bipodale et d'une radiographie de la hanche. Le montant des honoraires était de 104,20 €.*  
*La modification de la facture n'a pas lieu d'être prise en considération. La facture du 20/01/16 est la définitive et la modification réalisée par la suite est une erreur. (...)* »

Il résulte de ce qui précède qu'une seule facturation est en cause, que la modification de la facture du 20 janvier 2016 est intervenue a priori à l'initiative de la secrétaire du docteur X (cf. Post-it), sans que les éléments d'appréciation du dossier ne permettent d'admettre que la secrétaire ait agi sur ordre exprès du docteur X.

Le docteur X a maintenu sa facturation du 20 janvier 2016, et cela bien que la facture du 20 janvier 2016 soit contraire aux règles de non-cumul.

Le docteur X n'a pas contesté la matérialité des faits à l'audience du 17 décembre 2018 et plus particulièrement la violation de la règle de non-cumul, mais il s'est limité à expliquer qu'il ne s'occupait pas de la facturation.

Il ne fait cependant aucun doute qu'en date du 20 janvier 2016, le Dr X a procédé à une consultation et à un acte médical qui n'étaient pas cumulables le même jour. La présente affaire ne trouve dès lors pas son origine dans la modification de la facture du 20 janvier 2016, le cas échéant à l'initiative de la secrétaire de l'intimé, dans le but de permettre à la patiente d'obtenir un remboursement intégral malgré la violation de la règle de non-cumul, mais elle trouve son origine dans le fait que le docteur X a procédé le même jour à une consultation et à un acte médical qui n'étaient pas cumulables le même jour.

Il convient de constater par ailleurs que les deux factures litigieuses portent toutes les deux la mention « cachet et signature du médecin » avec une signature. A défaut de tout début de preuve que ces signatures émanent de sa secrétaire comme le soutient le docteur X, il faut partir de l'hypothèse que c'est le docteur X qui a posé sa paraphe sur lesdites factures et que les deux factures n'ont pas été signées par délégation de signature, comme l'ont admis les premiers juges, même si la paraphe figurant sur les deux factures n'est pas nécessairement la même.

La partie appelante invoque la violation par l'intimé des dispositions suivantes :

- l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins dispose que « dans tous les autres cas, les honoraires et actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne (...) »,
- l'article 19 de la loi du 8 juin 1999 relative au collège médical suivant lequel le conseil de discipline exerce le pouvoir de discipline sur les personnes relevant de la présente loi (...),
- l'article 73 du code de la sécurité sociale suivant lequel la Commission de surveillance est compétente pour examiner les faits signalés (...) susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte,
- l'article 19 alinéa 2 du code de la sécurité sociale qui dispose que ne sont pris en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg,
- l'article 65 du code de la sécurité sociale qui dispose que les actes, services professionnels et prothèses dispensés par les prestataires de soins visés à l'article 61, alinéa 2, point 1) à 7), 12) et 13) et pris en charge par l'assurance maladie-maternité sont inscrits dans des nomenclatures différentes,

- l'article 23 du code de la sécurité sociale qui dispose que les prestations à charge de l'assurance maladie accordée à la suite des prescriptions et ordonnances médicales doivent correspondre au mieux à l'état de santé des assurés. Elles ne peuvent dépasser l'utile et le nécessaire et doivent être faites dans la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement et être conforme aux données acquises par la science de la déontologie médicale,
- l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2013 approuvant le code de déontologie des professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le collège médical et plus particulièrement les articles suivants de ce code de déontologie:
  - l'article 21 qui dispose que sont interdits au médecin notamment tout acte de nature à procurer au patient un avantage injustifié ou illicite,
  - l'article 34 qui dispose que l'exercice de la médecine comporte normalement pour le médecin la rédaction de certificats, d'attestations et de rapports dont la production est soit prescrite par la loi et les règlements, soit sollicitée par le patient ou son ayant droit. Dans la rédaction des certificats et rapports, le médecin veillera à bien distinguer entre ses constatations, les dires du patient et des tiers et les autres éléments du dossier. Les documents doivent être rédigés avec prudence et discrétion, de façon correcte et lisible, être datés, permettre l'identification du signataire et comporter la signature du médecin. Le médecin est seul habilité à décider du contenu de ces documents qui engagent sa responsabilité. Il ne devra céder à aucune demande abusive. Ses documents engagent la responsabilité de l'auteur,
  - l'article 105 qui dispose que les médecins sont tenus de respecter les conventions obligatoires (...),
  - l'article 24, point 1), alinéa 6 de la Convention conclue entre l'UCM et l'AMMD suivant lequel les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin quant à la conformité des inscriptions.

Il convient en premier lieu de vérifier de quels faits le Conseil arbitral était saisi à la suite du renvoi par la Commission de surveillance après avoir constaté une violation d'une disposition légale, réglementaire, statutaire ou conventionnelle, conformément aux dispositions des articles 72 et 73bis du code de la sécurité sociale.

Il résulte de la décision de la Commission de surveillance du 19 juillet 2017 qu'elle estime que la modification de la facture du 20 janvier 2016 était en principe de nature à procurer au patient un avantage injustifié et illicite constituant une violation des textes et consignes susrelatés, et qu'il incombait au docteur X de veiller au respect des normes édictées en la matière et qu'il devra répondre des irrégularités susceptibles de nuire, tant aux organismes de l'assurance maladie qu'aux personnes protégées.

Il faut en déduire que le Conseil arbitral n'était pas saisi de la question de savoir si le docteur X avait également commis une quelconque faute en maintenant finalement sa première facture qui ne respectait pas les règles de non-cumul, comme veut le voir constater la CNS.

La partie appelante reproche plus particulièrement aux premiers juges d'avoir admis que la

CNS était restée en défaut d'établir à charge du docteur X la transgression des articles 10, alinéa 2 du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature ainsi que des articles 19, alinéa 2 et 65 du code de la sécurité sociale et des articles 21, 34 et 105 du code de déontologie édictés par le collège médical, ainsi que des articles 17, alinéa 1, 21 et 23 du code de la sécurité sociale et des articles 74 alinéa 1<sup>er</sup>, 76 alinéa 2 et 79 alinéa 1<sup>er</sup> de la convention UCM/AMMD.

Les premiers juges ont considéré que si le délégant demeure responsable des documents signés en son nom par le délégataire, la responsabilité personnelle du médecin telle que visée par l'article 24, point 1), alinéa 6 de la Convention UCM/AMMD ne pouvait pas être disciplinaire dans l'hypothèse où l'irrégularité a été commise à l'initiative du délégataire agissant au nom et pour le compte du médecin délégant sans que celui-ci ne soit personnellement intervenu dans l'accomplissement de ces actes, et qu'il y avait en l'occurrence délégation de signature s'effectuant sous l'autorité et le contrôle du délégant qui continue à assumer la responsabilité des actes signés en son nom et qu'il incombait au médecin délégant de veiller à ce qu'elle n'ait pas pour effet d'entraîner l'accomplissement d'actes matériels constitutifs d'un manquement à une obligation professionnelle déontologique et, notamment, au devoir de ne pas nuire à la considération de la profession et à l'intérêt général.

Que ce soit le docteur X lui-même ou sa secrétaire par délégation de signature qui a signé les factures, cela ne change en rien la question de la responsabilité qui incombe en tout état de cause au médecin au regard des dispositions de l'article 24, point 1), alinéa 6 de la Convention conclue entre l'UCM et l'AMMD suivant lequel les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin quant à la conformité des inscriptions.

Comme l'a retenu la Commission de surveillance, il incombe au praticien de veiller à ce que les normes édictées en la matière soient respectées, ce que le docteur X n'a manifestement pas fait en l'occurrence. C'est de ce fait que le docteur X doit répondre. Il s'agit d'un fait unique qui est établi en fait et en droit.

Le docteur X a partant violé les dispositions suivantes :

- l'article 10 alinéa 2 du règlement grand-ducal du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins dispose que « *dans tous les autres cas, les honoraires et actes sont effectués au cours de la même séance sur la même personne (...)* »,

- l'article 19 alinéa 2 du code de la sécurité sociale qui dispose que ne sont pris en charge par l'assurance maladie que les actes, services et fournitures inscrits dans la nomenclature ou les listes prévues par les lois, règlements, conventions et statuts, et dispensés par des personnes ou des institutions admises à exercer leur art, leur profession ou leur industrie sur le territoire du Grand-Duché de Luxembourg,

- l'article 21 de l'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2013 approuvant le code de déontologie des

professions de médecin et de médecin-dentiste édicté par le collège médical qui dispose que sont interdits au médecin notamment tout acte de nature à procurer au patient un avantage injustifié ou illicite,

- l'article 34 du même arrêté qui dispose que l'exercice de la médecine comporte normalement pour le médecin la rédaction de certificats, d'attestations et de rapports dont la production est soit prescrite par la loi et les règlements, soit sollicitée par le patient ou son ayant droit. Dans la rédaction des certificats et rapports, le médecin veillera à bien distinguer entre ses constatations, les dires du patient et des tiers et les autres éléments du dossier. Les documents doivent être rédigés avec prudence et discrétion, de façon correcte et lisible, être datés, permettre l'identification du signataire et comporter la signature du médecin. Le médecin est seul habilité à décider du contenu de ces documents qui engagent sa responsabilité. Il ne devra céder à aucune demande abusive. Ses documents engagent la responsabilité de l'auteur,

- l'article 105 du même arrêté qui dispose que les médecins sont tenus de respecter les conventions obligatoires (...),

- l'article 24, point 1), alinéa 6 de la Convention conclue entre l'UCM et l'AMMD suivant lequel les mémoires d'honoraires établis et acquittés même par délégation engagent la responsabilité personnelle du médecin quant à la conformité des inscriptions.

Il y a finalement lieu de rappeler que les manquements au code de déontologie relèvent conformément à son article 2 des attributions du Collège médical, et des juridictions disciplinaires légalement instituées et que conformément à l'article 73 du code de la sécurité sociale, la Commission de surveillance est compétente pour examiner les faits signalés (...) susceptibles de constituer une violation des dispositions légales, réglementaires, statutaires ou conventionnelles auxquelles sont astreints les prestataires visés à l'article 61, alinéa 2, ainsi que les personnes placées sous leur autorité ou agissant pour leur compte.

Le Conseil supérieur estime que l'amende prononcée en première instance est proportionnelle à la gravité de la faute commise, de sorte que l'appel est à déclarer non fondé.

### Par ces motifs,

le Conseil supérieur de la sécurité sociale,

statuant contradictoirement, sur le rapport oral du président,

déclare l'appel recevable,

le dit cependant non fondé,

partant,

confirme la décision entreprise.

La lecture du présent arrêt a été faite à l'audience publique du 21 janvier 2019 par Monsieur le Président Pierre Calmes, en présence de Monsieur Francesco Spagnolo, secrétaire.

Le Président,  
signé: Calmes

Le Secrétaire,  
signé: Spagnolo