

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

Chambre disciplinaire de première instance

Section des assurances sociales

N^{os} SAS-2015-009 et SAS-2016-002

MEDECIN CONSEIL, CHEF DU SERVICE MEDICAL DE L'ECHELON LOCAL DE NICE

c. Mme Catherine A

CAISSE PRIMAIRE CENTRALE D'ASSURANCE MALADIE DES ALPES-MARITIMES

c. Mme Catherine A

Audience du 16 décembre 2016

Lecture du 2 janvier 2017

Vu la procédure suivante :

I. Par une requête, enregistrée le 21 décembre 2015 sous le n° SAS-2015-009, et un mémoire enregistré le 20 juin 2016, le médecin conseil, chef du service médical de l'échelon local de Nice, demande à la section des assurances sociales d'infliger à Mme A l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Le médecin-conseil soutient que :

- dans les 35 dossiers contrôlés, il a été relevé la facturation d'actes non réalisés, d'actes non prescrits ou sans prescription valide, et d'actes ne respectant pas la Nomenclature générale des actes professionnels.

- ces anomalies procèdent non de simples négligences mais d'une volonté de fraude.

Par un mémoire en défense, enregistré le 13 mai 2016, Mme A, représentée par Me Gilles Devers, conclut au rejet de la requête.

Il soutient que :

- le caractère irrégulier de ses facturations ne peut se déduire de son volume d'activité ;

- le contrôle réalisé est irrégulier ;

- la preuve des irrégularités invoquées, qui incombe aux plaignants, n'est pas apportée ;
- l'entente préalable accordée par la caisse primaire fait obstacle à ce que la cotation des actes soit remise en cause par celle-ci ;
- les prestations facturées ont été effectivement réalisées, étaient justifiées par l'état des patients et régulièrement prescrites ;
- elle ignorait l'interdiction de cumul des actes AMI et AIS et s'engage à rembourser les sommes correspondantes ;
- les erreurs éventuelles qu'elle a reconnues ne procèdent pas d'une volonté frauduleuse.

II. Par une requête, enregistrée le 11 février 2016 sous le n° SAS-2016-002, la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes s'associe aux conclusions et moyens présentés par le médecin conseil, en demandant en outre que la juridiction condamne Mme A à lui rembourser la somme de 163 384,63 euros en application de l'article L. 145-2-4 du code de la sécurité sociale.

Par un mémoire du 13 mai 2016, Mme A conclut au rejet de cette requête par les mêmes moyens que ceux présentés dans l'affaire précédente.

Vu :

- les autres pièces des dossiers ;
- 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 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 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 16 décembre 2016 :

- le rapport de M. Bernardi, rapporteur,
- les observations du Dr Nathalie Demolliens, représentant le Dr Sabine Allegrini, chef de service,
- et les observations de Mme A, assistée par Me Devers.

Considérant ce qui suit :

1. Mme A, qui exerce la profession d'infirmière à titre libéral, a fait l'objet d'un contrôle du service du contrôle médical pour la période allant du 1^{er} janvier 2013 au 31 décembre 2013.

2. Ayant relevé plusieurs anomalies, le médecin-conseil demande à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire d'infliger à Mme A l'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. Par une plainte distincte, la caisse primaire d'assurance-maladie des Alpes-Maritimes s'associe à ces conclusions et demande en outre à la section des assurances sociales de condamner Mme A à lui rembourser le trop-versé correspondant. Ces deux plaintes présentant à juger les mêmes questions et ayant fait l'objet d'une instruction commune, il y a lieu les joindre pour y statuer par un seul jugement.

Sur la régularité de la procédure :

3. Les conditions dans lesquelles le contrôle administratif préalable au dépôt de la plainte s'est déroulé sont sans influence sur la procédure suivie devant le juge disciplinaire dès lors que cette dernière permet d'assurer le respect des principes du contradictoire et des droits de la défense. Mme A ne peut donc utilement, en tout état de cause, se plaindre d'avoir été contrôlée par un médecin et non par un infirmier, ou invoquer le caractère insuffisamment contradictoire de la procédure de contrôle.

Sur l'accord préalable :

4. L'article 7 de la Nomenclature générale des actes professionnels prévoit que la caisse « *ne participe aux frais résultant de certains actes que si, après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge, sous réserve que l'assuré remplisse les conditions légales d'attribution des prestations* » et que « *sont soumis à la formalité de l'accord préalable : / 1. les actes ne figurant pas à la nomenclature et remboursés par assimilation, conformément aux dispositions de l'article 4 ; / 2. les actes ou traitements pour lesquels cette obligation d'accord préalable est indiquée par une mention particulière ou par la lettre AP* ». En application du C de cet article, l'assentiment de la caisse est acquis, à défaut de décision expresse, par le silence gardé par la caisse pendant quinze jours à compter de la date de réception de la demande d'accord préalable.

5. Toutefois, les actes faisant l'objet de griefs de la caisse dans la présente instance sont, pour l'essentiel, des actes cotés AMI qui ne sont pas au nombre des actes notés « AP » dans le titre XVI de la Nomenclature générale, et soumis de ce fait à l'obligation d'un accord préalable de la caisse. Les seuls actes incriminés en l'espèce devant faire l'objet d'un accord préalable sont les actes AIS3 correspondant aux séances de soins infirmiers. S'agissant de ces actes, seuls concernés par l'article 7 de la Nomenclature générale, il résulte des termes mêmes de la plainte que le médecin conseil fait grief à Mme A d'avoir réalisé 998 actes AIS sans prescription médicale dans les dossiers n^{os} 28, 29 et 32. Dans le dossier n^o 28 (516 AIS contestés), la prescription mentionnait seulement « nursing suivi de traitement », et il ne résulte pas de l'instruction que Mme A aurait demandé l'accord préalable de la caisse pour la prise en charge des quatre séances AIS3 qu'elle facturait quotidiennement, et dont deux ont

été jugées excessives par rapport à l'état clinique du patient. Dans le dossier n° 29 (402 AIS contestés), il a été fait grief à Mme A d'avoir continué à facturer des actes AIS après l'expiration de la validité de la démarche de soins infirmiers, et sans l'accord préalable de la caisse. Enfin, dans le dossier n° 32 (83 AIS contestés), il a été fait grief à Mme A d'avoir facturé 80 actes AIS sans prescription valide après le 16 août 2013, et d'avoir facturé une séance cotée AIS3 fictive à un moment où le patient était hospitalisé. Dans tous ces cas, les actes concernés sont soit des actes fictifs, soit des actes facturés et réalisés sans demande d'accord préalable. Mme A ne peut donc utilement se prévaloir des dispositions précitées de l'article 7 de la Nomenclature générale.

Sur les manquements imputés à Mme A :

En ce qui concerne les actes, majorations et indemnités fictifs (1 823,10 euros) :

6. La caisse primaire a pris en charge des actes facturés par Mme A alors que les patients concernés (dossiers n^{os} 23, 32, 34 et 35), étant alors hospitalisés, n'avaient matériellement pu recevoir les soins dispensés par un infirmier libéral. C'est donc indûment que Mme A a facturé ces actes, comprenant un total de 57 actes cotés AIS au tarif unitaire de 2,65 euros, 493 actes AMI au tarif de 3,15 euros, 11 indemnités de déplacement au tarif de 2,50 euros, 11 majorations de coordination infirmière au tarif unitaire de 5 euros et 4 majorations de nuit au tarif unitaire de 9,15 euros. Le trop-versé à ce titre s'élève à la somme de 1 823,10 euros.

En ce qui concerne les actes ayant fait l'objet d'une double facturation (516,75 euros) :

7. Dans les dossiers n^{os} 6, 12, 19 et 31, Mme A a procédé par erreur à la double facturation de certains actes, comprenant un total de 85 actes AMI au tarif unitaire de 3,15 euros, 21 indemnités de déplacement au tarif unitaire de 2,50 euros, 21 majorations de coordination infirmière au tarif unitaire de 5 euros et 10 majorations de nuit au tarif unitaire de 9,15 euros. Le trop-versé à ce titre s'élève à la somme de 516,75 euros.

En ce qui concerne les actes facturés sur le fondement de prescriptions obsolètes (2 838,60 euros) :

8. Dans les dossiers n^{os} 8, 15, 26 et 27, Mme A a facturé à la caisse des actes sur le fondement de prescriptions devenues obsolètes du fait de la délivrance de nouvelles prescriptions qui, n'étant pas compatibles avec les précédentes, devaient être regardées comme les ayant remplacées. C'est donc indûment que Mme A a facturé, en sus des nouveaux actes prescrits et exécutés, les actes prévus par les prescriptions obsolètes, comprenant un total de 880 actes AMI au tarif unitaire de 3,15 euros, 4 indemnités de déplacement au tarif unitaire de 2,50 euros, 4 majorations de coordination infirmière au tarif unitaire de 5 euros et 4 majorations de nuit au tarif unitaire de 9,15 euros. Le trop-versé à ce titre s'élève à la somme de 2 838,60 euros.

En ce qui concerne les actes facturés sans prescription (33 864,60 euros) :

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. Il résulte par ailleurs de l'article 14 des dispositions générales de la Nomenclature générale des actes professionnels que le paiement des majorations de nuit est subordonné à l'existence d'une indication explicite, sur la prescription, de la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne. Une telle nécessité ne saurait se déduire des circonstances de la prise en charge.

11. Dans les dossiers n^{os} 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 19, 20, 21, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32, 33 et 35, le contrôleur justifie que de nombreux actes ont été facturés à la caisse alors qu'ils ne faisaient l'objet d'aucune prescription. C'est donc indûment que Mme A a facturé ces actes, comprenant un total de 998 actes cotés AIS au tarif unitaire de 2,65 euros, 1 983 actes AMI au tarif unitaire de 3,15 euros, 179 indemnités de déplacement au tarif unitaire de 2,50 euros, 160 majorations de coordination infirmière au tarif unitaire de 5 euros et 2 593 majorations de nuit au tarif unitaire de 9,15 euros. Le trop-versé à ce titre s'élève à la somme de 33 864,60 euros.

En ce qui concerne les actes médicaux infirmiers surcotés par rapport aux prescriptions (96 267,15 euros) :

12. La cotation des injections et perfusions est régie par l'article 9 du chapitre 1^{er} du titre XVI de la Nomenclature générale des actes professionnels, ou par les articles 3 ou 4 du chapitre II du même titre.

13. Il résulte de ces dispositions que, s'agissant des patients immunodéprimés ou souffrant de cancer, la préparation, la pose et la surveillance d'une perfusion intraveineuse fait l'objet d'une cotation d'un forfait AMI10 dans le cas des perfusions d'une durée inférieure à une heure, ou d'un forfait AMI15 dans le cas des perfusions d'une durée supérieure à une heure (article 4 du chapitre II du titre XVI). Ne sont susceptibles de donner lieu à une cotation supplémentaire que les actes non couverts par ce forfait, c'est-à-dire le changement de dispositif intraveineux, coté AMI3 (article 9 du chapitre 1^{er} du titre XVI), le changement de flacon(s) pour perfusion d'un cathéter veineux central ou d'un site implanté, coté AMI2 (article 3 du chapitre 2 du Titre XVI) ou le changement de flacon(s) ou le branchement sur dispositif en place dans le cas d'une perfusion périphérique, coté AMI2 (article 9 du chapitre I du titre XVI) et le changement ou le retrait de l'aiguille côté AMI5 (article 4 du chapitre II du titre XVI).

14. En revanche, les perfusions faites aux patients qui ne sont ni immunodéprimés ni cancéreux ne sont pas couverts par un forfait mais font l'objet d'une cotation séparée de chaque stade, cumulable à taux plein, en application de l'article 9 du chapitre 1^{er} et de l'article pour les perfusions par voie périphérique, du 3 du chapitre II du titre XVI, pour les perfusions centrales. Ainsi, la préparation de la perfusion est cotée AMI3 ; la pose de la perfusion est cotée AMI2 si elle est faite par voie sous-cutanée ou rectale, AMI3 si elle est faite par un dispositif intraveineux, ou AMI4 s'agissant du branchement de la perfusion par l'intermédiaire d'un cathéter central ou d'un site implanté ; les changements de flacon(s) ou branchements sur le dispositif en place donnent lieu à la cotation d'un supplément AMI2 ; l'arrêt et le retrait du dispositif est coté AMI1, sauf pour les perfusions par l'intermédiaire d'un cathéter veineux central ou d'un site implanté, qui donne lieu à la cotation à la cotation d'un AMI3 ; l'organisation de la surveillance de la perfusion est coté AMI2 ou AMI4 suivant

que la surveillance est inférieure ou supérieure à huit heures, cette cotation excluant la facturation des frais de déplacement ou majorations en cas d'alarme.

15. Dans le dossier n° 1, la prescription du 2 septembre 2013 justifiait seulement la cotation quotidienne d'un forfait AMI15 de perfusion longue (morphine), lequel incluait, ainsi qu'il a été dit au point précédent, l'ensemble des opérations de perfusion, ainsi que l'organisation de la surveillance du patient. Seuls les retraits des dispositifs de perfusion pouvaient donner par ailleurs lieu à cotation supplémentaire, à raison d'un AMI5 à chaque fois, ainsi que le prévoit l'article 4 du chapitre II. Comme le soutiennent les plaignants, Mme A a donc indûment facturé à la caisse un total de 146 AMI dans ce dossier.

16. Dans le dossier n° 3, les perfusions de nutrition parentérale devaient donner lieu à la facturation d'un seul acte forfaitaire AMI15 de perfusion longue chaque jour, tandis que chaque perfusion courte (Perfalgan) devait faire l'objet d'une cotation forfaitaire d'un acte AMI10, à laquelle s'ajoutait un supplément AMI2 de flacon supplémentaire (Nonan, Cernevit et Solumedrol), comme le prévoit l'article 3 susmentionné du chapitre II, ainsi que deux cotations AMI5 par semaine pour le changement d'aiguille. Comme il est soutenu, Mme A a donc indûment facturé à la caisse un total de 611 AMI dans ce dossier.

17. Dans le dossier n° 4, la prescription du 7 mai 2013, justifiait, entre le 30 mai et le 8 juin 2013, la cotation quotidienne d'un forfait de perfusion continue AMI15 (sérum physiologique et Spasfon), et trois forfaits de perfusion courte AMI10 (trois perfusions de Perfalgan par jour), ainsi que trois suppléments AMI2 de changement de flacon (Debridat) et une cotation AMI5 pour changement d'aiguille. La prescription du 30 mai 2013 justifiait, chaque jour, un supplément de deux AMI2 quotidiens de changement de flacon (Solumedrol). La prescription du 31 mai 2013 justifiait la cotation d'un supplément AMI2 de changement de flacon (sérum physiologique), en l'absence de toute indication suggérant une administration par pompe. Mme A a donc facturé à tort à la caisse 1 113 AMI, dont 120 ont été pris en charge au taux de 60 % et 993 l'ont été au taux de 100 %.

18. Dans le dossier n° 5, le médecin contrôleur a considéré la prescription du 20 décembre 2012 justifiait la cotation quotidienne de deux actes AMI10 pour chaque perfusion courte de Perfalgan, et de trois suppléments AMI2 de changement de flacon (Solumedrol, Primpéran). Il a estimé par ailleurs que la prescription du 4 janvier 2013 justifiait la cotation quotidienne d'un forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale), d'un forfait AMI10 pour de perfusion courte (Perfalgan) et d'un supplément AMI2 de changement de flacon (AMI2). Ces cotations sont conformes à la Nomenclature générale, à l'exception du Primpéran et du Pantoprazole, dont le médecin contrôleur a considéré, à tort, qu'ils avaient été injectés par voie intraveineuse directe alors qu'il résulte de la prescription qu'ils devaient être administrés par voie de perfusion. Il y a donc lieu d'ajouter, par rapport au décompte établi par le médecin contrôleur, 28 cotations AMI pour l'administration du Pantoprazole et 44 cotations AMI pour l'administration du Primpéran. Au total, le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 1 676 et non à 1 748 comme le soutiennent les plaignants.

19. Dans le dossier n° 7, les prescriptions du 2 avril 2013 justifiaient, selon le médecin contrôleur, 49 cotations AMI par jour, tandis que celles du 1^{er} mai 2013 justifiaient 51 cotations AMI par jour. Les cotations indiquées par le contrôleur sont conformes aux dispositions précitées de la Nomenclature générale, à l'exception de la perfusion de nutrition parentérale, qui devait faire l'objet de la cotation forfaitaire AMI15 et non, comme le contrôleur l'a indiqué, de la cotation AMI3. Au total, le nombre d'actes AMI indûment

facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 3 490 et non à 3 970 comme le soutiennent les plaignants.

20. Dans le dossier n° 8, les prescriptions du 10 décembre 2013 justifiaient, outre une cotation AMI5 pour chaque changement d'aiguille, la cotation quotidienne de deux forfaits AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale puis sérum physiologique, ce dernier requérant vraisemblablement, en dépit de l'imprécision de la prescription, la mise en place d'une nouvelle perfusion) et deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan, deux fois par jour). Toutefois, le médecin-conseil a retenu, au lieu des actes AMI15 de perfusion longue de sérum physiologique devant être facturés, des actes AMI3, et le remboursement demandé par la caisse retient également cette hypothèse. Au total, le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 530 et non à 698 comme le soutiennent les plaignants.

21. Dans le dossier n° 9, les prescriptions justifiaient la cotation quotidienne du forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale), la cotation d'un forfait AMI10 de perfusion courte (Perfalgan), et trois suppléments AMI2 de changement de flacon (Décan, Solumedrol, Inipomp), ainsi qu'une cotation AMI5 pour chaque changement d'aiguille. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 570, ainsi que le soutiennent les plaignants.

22. Dans le dossier n° 10, la prescription du 28 mai 2013 justifiait, outre une cotation AMI5 par changement d'aiguille, la cotation quotidienne, entre le 28 mai 2013 et le 10 juin 2013 (14 jours), de 26 AMI, incluant deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan), et trois suppléments AMI2 de changement de flacon (2 Primpéran, 1 Solumedrol). Pour la période du 4 juillet 2013 au 2 août 2013 (30 jours), la prescription du 4 juillet 2013 justifiait, outre les changements d'aiguille cotés AMI5, la cotation quotidienne de deux AMI10 de perfusion courte (Perfalgan) et de quatre suppléments AMI2 (Primpéran et Solumédrol). Pour la période du 13 au 29 août 2013 (17 jours), la prescription du 13 août 2013 justifiait, outre les deux changements d'aiguille (AMI5), la cotation quotidienne de 24 AMI, incluant deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan) et deux suppléments AMI2 de changement de flacon (Solumedrol, Primpéran), Mme A ayant admis que l'Osmotan prescrit n'avait pas été administré. La prescription du 4 septembre 2013 justifie, outre les changements d'aiguille (AMI5), la cotation quotidienne, pendant 19 jours, de 26 AMI, incluant deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan) et trois suppléments AMI2 (Solumedrol et Primpéran). La prescription du 23 septembre 2013 justifie, outre le changement d'aiguille (AMI5), la cotation quotidienne de 43 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale), deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan) et quatre suppléments AMI2 de changement de flacon (Primpéran, Solumedrol). Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 3 553,5.

23. Dans le dossier n° 11, la prescription du 19 février 2013 justifiait, pendant 39 jours, la cotation quotidienne d'un forfait AMI15 pour la perfusion continue d'antibiotique un AMI2 de supplément pour changement de flacon, ainsi que d'un acte AMI5 pour chaque changement de valve. Toutefois, le médecin-conseil a retenu, au lieu des actes AMI2 devant être facturés, des actes AMI3, et le remboursement demandé par la caisse retient également cette hypothèse. Il n'appartient pas à la section des assurances sociales de statuer au-delà des conclusions et moyens dont elle est saisie. Il y a donc lieu de considérer que le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève, comme les plaignants le soutiennent, à 923.

24. Dans le dossier n° 14, la prescription du 5 novembre 2013 justifiait, pendant quatre jours, la cotation quotidienne d'un forfait AMI4 pour la nutrition entérale par stomie (article 4 du chapitre 1 du titre XVI), trois forfaits AMI10 pour le Spasfon en perfusion courte, ainsi que 8 suppléments AMI2 (sérum physiologique, Solumedrol, Primpéran). Toutefois, le médecin-conseil a retenu, au lieu des actes AMI4 devant être facturés, des forfaits AMI15 applicables aux perfusions de nutrition parentérale, et le remboursement demandé par la caisse retient également cette hypothèse. Il n'appartient pas à la section des assurances sociales de statuer au-delà des conclusions dont elle est saisie. Il y a donc lieu de considérer, comme les plaignants, que le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève à 436.

25. Dans le dossier n° 15, la prescription du 14 février 2013, et la prescription du 20 février 2013 qui lui est similaire justifiaient, pendant un total de 19 jours, la cotation quotidienne de 37 AMI, incluant un forfait AMI15 pour la nutrition parentérale, deux forfaits AMI10 pour la perfusion courte de Perfalgan, un supplément AMI2 pour les changements de flacon (Nonan et Cernevit), ainsi qu'un acte AMI5 pour chaque changement d'aiguille. La prescription du 4 mars 2013 justifie, jusqu'au 17 mars 2013, 2 suppléments AMI2 pour le Primpéran. La prescription du 18 mars 2013 justifiait la cotation quotidienne de 41 AMI, incluant un forfait AMI15 pour la nutrition parentérale, deux forfaits AMI10 pour les perfusions courtes de Perfalgan, trois suppléments AMI2 pour les changements de flacon (Primpéran, Nonan, Cernevit), ainsi qu'un AMI5 pour chaque changement d'aiguille pendant la période considérée. La prescription du 2 avril 2013 justifiait la cotation quotidienne de 24 AMI, incluant deux forfaits AMI10 pour les perfusions courtes de Perfalgan, et deux suppléments AMI2 pour changement de flacon (Primpéran) ainsi qu'un AMI5 pour chaque changement d'aiguille. La prescription du 18 avril 2013 justifiait un supplément AMI2 (changement de flacon) en sus de la prescription du 2 avril 2013. La prescription du 5 juillet 2013 justifiait la cotation quotidienne, pendant 25 jours, de 39 AMI, incluant un forfait AMI15 pour la perfusion de nutrition parentérale, deux forfaits AMI10 pour la perfusion courte de Perfalgan et deux suppléments AMI2 (changement de flacon : Decan / Cernevit, Solumedrol), ainsi qu'un AMI5 pour chaque changement d'aiguille. La prescription du 19 août 2013, enfin, justifiait la cotation quotidienne, pendant quatre jours, de 37 AMI, incluant un forfait AMI15 (Olimel), deux forfaits AMI10 (Perfalgan) et un supplément AMI2. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 2 875.

26. Dans le dossier n° 16, les prescriptions justifiaient la cotation quotidienne, pendant 33 jours, d'un forfait AMI15 (nutrition parentérale), d'un forfait AMI10 (Primpéran), d'un supplément AMI2 (Solumedrol), et de quatre AMI pour l'insulinothérapie (injection sous-cutanée + contrôles et adaptation). Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 1 266.

27. Dans le dossier n° 17, concernant un patient ni cancéreux ni immunodéprimé, les prescriptions justifiaient, du 29 octobre au 2 novembre 2013, la cotation quotidienne d'un AMI14 pour la perfusion continue de Tazocilline (1 AMI3 pour la préparation, cumulé avec 1 AMI4 pour le branchement, 1 AMI3 pour le retrait et 1 AMI4 pour la surveillance), et de trois AMI11 pour trois perfusions courtes de Nebcine (1 AMI3 pour la préparation, 1 AMI4 pour le branchement, 1 AMI2 pour le changement de flacon, 1 AMI2 pour la surveillance). Pour la période du 3 novembre au 11 novembre 2013, les cotations sont les mêmes, à l'exception du troisième AMI11 correspondant à la troisième perfusion de Nebcine, supprimée. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 293.

28. Dans le dossier n^o 21, la prescription du 3 juillet 2013 justifiait, du 3 juillet 2013 au 25 août 2013, la cotation quotidienne d'un acte AMI3 correspondant à une séance de nutrition entérale. Du 29 août au 10 octobre 2013, la prescription justifiait la cotation un jour sur deux d'un acte AMI4 (nutrition par stomie). Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 185.

29. Dans le dossier n^o 22, la prescription du 7 décembre 2012 justifiait la prescription quotidienne, pendant sept jours, de 38 AMI, incluant un forfait AMI15 pour la nutrition parentérale, deux forfaits AMI10 pour le Plitican en perfusion courte et un supplément AMI3 pour complément nutritionnel sur pompe (article 4 du chapitre I du titre XVI de la Nomenclature générale). Il y a lieu de considérer que la 3^{ème} perfusion de Plitican, prescrite « si besoin », n'a pas été réalisé, Mme A n'ayant facturé que deux déplacements par jour. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 260.

30. Dans le dossier n^o 23, la prescription du 13 août 2013 justifie la cotation quotidienne, du 14 au 19 août 2013 puis du 26 août au 2 septembre 2013, soit 14 jours, de 51 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (Bionolyte), trois forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan), et trois suppléments AMI2 pour changement de flacon (Spasfon), ainsi qu'un AMI5 pour chaque changement d'aiguille. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 793.

31. Dans le dossier n^o 24, le médecin contrôleur a considéré que la prescription du 22 janvier 2013 justifiait, pendant 28 jours, la cotation quotidienne d'un forfait AMI15 pour perfusion longue (nutrition parentérale), de deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan), de six suppléments AMI2 pour changement de flacon (Cernevit, Nonan, Primpéran, Solumedrol, Inipomp), ainsi que la cotation d'un AMI5 pour chaque changement d'aiguille. La prescription du 21 février 2013 justifie, pendant 35 jours, la cotation quotidienne de 39 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (Kabiven incluant Decan et Cernevit), deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Primpéran), deux suppléments AMI2 pour changement de flacon (Inipomp, Solumedrol), ainsi qu'un total de quatre AMI5 pour les changements d'aiguille. Il a également considéré que la prescription du 11 janvier 2013 justifiait, les 12 février 2013 et 13 mars 2013, la cotation d'un supplément AMI3 et, les 22 avril, 21 mai et 30 décembre 2013, la cotation d'un forfait AMI10 par date (perfusion isolée). Il a enfin considéré que la prescription du 21 juin 2013 justifiait, jusqu'au 6 juillet 2013, soit pendant quinze jours, la cotation de 43 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (Kabiven + Decan + Cernevit), deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan) et quatre suppléments AMI2 (Inipomp, Solumedrol, Primpéran), ainsi qu'un total de deux AMI5 pour les changements d'aiguille. Si, s'agissant de la prescription du 11 janvier 2013, le médecin-conseil a retenu, au lieu des actes AMI2 devant être facturés (branchement sur perfusion existante), des forfaits AMI3, il n'appartient pas à la section des assurances sociales de statuer au-delà des conclusions dont elle est saisie. Il y a donc lieu de considérer, comme les plaignants, qu'un AMI3 était facturable. En revanche, le contrôleur ne pouvait se fonder sur la seule absence de facturation, par Mme A, d'un déplacement, pour en déduire l'absence de réalisation, par l'infirmière, de la perfusion courte qui avait été prescrite, de manière non optionnelle, par le médecin. Il y a donc lieu de considérer comme facturables un total de 430 AMI supplémentaires par rapport au décompte établi par le contrôleur. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 4 315 et non à 4 745 comme le soutiennent les plaignants.

32. Dans le dossier n° 27, le médecin contrôleur a considéré que les prescriptions du 29 novembre 2012, du 10 septembre 2013 et du 16 septembre 2013 justifiaient la cotation quotidienne, pendant 15, 6 jours puis 4 jours, de 17 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale) et un supplément AMI2 (Decan et Cernevit miscibles). Il a également considéré que les prescriptions du 2 octobre 2013 justifient la cotation quotidienne, pendant 5 jours, de 45 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale), deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Eupantol), deux suppléments AMI2 (Bionolyte incluant Debridat et Spasfon, et Solumedrol), deux suppléments AMI3 (Largactil, Scoburen). L'ensemble de ces considérations est conforme à la Nomenclature générale, à l'exception de la cotation AMI3 pour le Largactil, qui doit faire l'objet du montage d'une nouvelle perfusion, ainsi qu'il résulte de l'ordonnance du 2 octobre 2013 ; une telle perfusion ouvre droit à la cotation d'un forfait AMI10 supplémentaire sur dix jours. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 960 et non à 1 030 comme le soutiennent les plaignants.

33. Dans le dossier n° 30, le médecin contrôleur a considéré que la prescription du 4 février 2013 justifiait la cotation quotidienne, pendant quatre jours, de 43 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale), deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Zophren, 2 passages par jour) et quatre suppléments AMI2 de changement de flacon (NaCl / Nonan / Cernevit, Solumedrol, Zophren, Inipomp). Ces considérations sont conformes à la Nomenclature générale, mais le médecin contrôleur ne pouvait exclure comme fictif l'acte correspondant au troisième passage au seul motif que Mme A n'avait pas facturé le déplacement correspondant, cet élément ne pouvant constituer un indice suffisant du caractère fictif d'un acte. Il y a donc lieu de considérer comme facturables quatre forfaits AMI10 supplémentaires par rapport au décompte établi par le contrôleur. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 372 et non à 412 comme le soutiennent les plaignants.

34. Dans le dossier n° 31, la prescription du 10 septembre 2013 justifiait seulement la cotation quotidienne, pendant quatre jours, d'un forfait AMI15 de perfusion longue. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc, comme le médecin conseil l'a fait valoir, à 36.

35. Dans le dossier n° 34, le médecin contrôleur a considéré que la prescription du 29 juillet 2013 justifiait la cotation quotidienne, pendant 28 jours, de 39 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale), deux forfaits AMI10 de perfusion courte (Perfalgan, 2 passages), deux suppléments AMI2 de changement de flacon (Eupantol, Osmotan), ainsi que, pendant 8 jours, un forfait AMI10 de perfusion courte (Augmentin) et deux suppléments AMI2 de changement de flacon et un total de quatre AMI5 pour les changements de valve. Il a en outre considéré que la prescription du 25 août 2013 justifiait la cotation quotidienne, pendant 34 jours, de 39 AMI, incluant un forfait AMI15 de perfusion longue (Olimel, Decan, Cernevit), deux forfaits AMI10 pour perfusion courte (Perfalgan), deux suppléments AMI2 (Eupantol, Osmotan) et un total de quatre AMI5 pour les changements d'aiguille. Il a considéré, par ailleurs, que la prescription complémentaire du 9 septembre 2013 justifiait la cotation quotidienne, pendant neuf jours, de 14 AMI, incluant un forfait AMI10 de perfusion courte (Claventin) et deux suppléments AMI2 de changement de flacon. Il a, enfin, considéré que la prescription du 25 septembre 2013 justifiait la cotation quotidienne, pendant quatre jours, de 14 AMI, incluant là encore un forfait AMI10 de perfusion courte (Tazocilline) et deux suppléments AMI2 de changement de flacon. L'ensemble de ces considérations est conforme à la Nomenclature générale, à l'exception des

deux suppléments AMI2 pour les perfusions de Claventin et de Tazocilline. En effet, l'acte prescrit et réalisé par Mme A se traduisait, à chaque passage, par une nouvelle perfusion ouvrant droit à la facturation d'un forfait AMI10, soit trois AMI10 par jour au lieu de l'unique AMI10 suivi des deux suppléments AMI2. Mme A pouvait donc facturer à ce titre 208 AMI de plus que ceux retenus par le décompte du médecin contrôleur. Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 4 032 et non à 4 240 comme le soutiennent les plaignants.

36. Dans le dossier n° 35, le médecin contrôleur a considéré que la prescription permettait seulement la cotation quotidienne, pendant neuf jours, d'un forfait AMI15 de perfusion longue (nutrition parentérale), ainsi qu'un seul changement d'aiguille coté AMI5. Toutefois, ce faisant, le médecin contrôleur a omis la cotation des 18 AMI correspondant à la perfusion en Y de sérum physiologique (9 x un supplément AMI2 pour chaque changement de flacon). Le nombre d'actes AMI indûment facturés par Mme A dans ce dossier s'élève donc à 640 et non à 658 comme le soutiennent les plaignants.

37. Il résulte de ce qui précède que Mme A a facturé indûment à la caisse primaire un total de 29 075,5 actes AMI (dont 120 actes pris en charge seulement à 60 % dans le dossier n° 4), pour un montant total de 91 436,63 euros (120 x 3,15 euros x 60 % + 28 955,5 x 3,15 euros).

En ce qui concerne le cumul des actes cotés AMI et des actes cotés AIS (22 925,70 euros) :

38. Le II de l'article 11 du chapitre 1 du titre XVI de la Nomenclature générale prévoit, s'agissant des soins infirmiers cotés AIS3, que « *la cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séquence* », à l'exception de la cotation d'une perfusion ou d'un pansement lourd et complexe.

39. Dans les dossiers n^{os} 2, 12, 18, 19, 25, 26, 29, 32, 33 34 et 35, Mme A a facturé à la caisse, pour une même séance, un acte coté AMI et un acte coté AIS, en méconnaissance de la disposition précitée. C'est donc indûment que Mme A a facturé les actes AMI, au nombre de 7 275 et au tarif unitaire de 3,15 euros. Le trop-versé à ce titre s'élève à la somme de 22 916,25 euros.

En ce qui concerne les cotations irrégulières (5 878,10 euros) :

40. Dans les dossiers n^{os} 11, 13, 17, 20 et 32, Mme A a facturé à la caisse un total de 1 129 majorations de coordination infirmière qui ne trouvaient aucune justification dans la nature des soins et l'état des patients.

41. Dans le dossier n° 17, Mme A a facturé 42 IFA (indemnités de déplacement) et 14 majorations de nuit pour des déplacements effectués au titre de la surveillance des perfusions, et compris à ce titre dans le forfait facturé pour les perfusions.

42. C'est donc indûment que Mme A a facturé ces actes, comprenant un total de 42 indemnités de déplacement au tarif de 2,50 euros, 1 129 majorations de coordination infirmière au tarif de 5 euros et 14 majorations de nuit au tarif de 9,15 euros. Le trop-versé à ce titre s'élève à la somme de 5 878,10 euros.

Sur les sanctions :

43. Il résulte de ce qui précède que Mme A a facturé indûment à la caisse primaire des actes pour un montant de 159 274,03 euros. De cette somme doit être déduite un montant de 570,30 euros, correspondant à 128 majorations d'acte unique (128 x 1,35 euros) et 150 AIS (150 x 2,65 euros) dont le médecin conseil et la caisse ont admis que Mme A avait omis de les facturer dans les dossiers n^{os} 32 et 35. Ainsi, la caisse est fondée à demander à Mme A, sur le fondement du 4^o de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale le reversement du trop-perçu, d'un montant total de 158 703,73 euros (159 274,03 – 570,30 euros).

44. Si, au regard de la nature des infractions commises, l'intention frauduleuse de Mme A n'apparaît pas démontrée, les surfacturations énumérées ci-dessus n'ont pu procéder que d'une extrême négligence. Au regard de l'importance des sommes en jeu, il y a lieu de prononcer à l'encontre de Mme A 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 d'un an, dont neuf mois avec sursis.

45. Cette sanction fera l'objet d'une publication par voie d'affichage, pour une durée d'un an, 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^{er} : Mme A est condamnée à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes la somme de 158 703,73 euros (CENT CINQUANTE-HUIT MILLE SEPT CENT TROIS EUROS ET SOIXANTE-TREIZE CENTIMES) correspondant au trop-perçu.

Article 2 : Une sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux d'une durée d'un an (1 AN), dont neuf mois avec sursis, est prononcée à l'encontre de Mme A. La première période d'interdiction, d'une durée de trois mois (3 MOIS), est ferme et prendra effet à la date du 1^{er} avril 2017. La seconde période d'interdiction, d'une durée de neuf mois (9 MOIS), 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 3 : Le surplus des conclusions du médecin-conseil et de la caisse primaire d'assurance maladie est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera affichée dans les locaux de la caisse primaire d'assurance-maladie des Alpes-Maritimes pendant une durée d'un an.

Article 5 : La présente décision sera notifiée au service local au directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes, au médecin conseil, chef du service médical de l'échelon local de Nice, à Mme A, 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 Alpes-Maritimes.

N^{os} SAS-2015-009 et SAS-2016-002

Délibéré après l'audience du 16 décembre 2016, à laquelle siégeaient :

- M. Renaud Thielé, président,
- M. Stéphane Bernardi, Mme Marie-Ange Ferry, M. Yves Roux, Mme Laurence Bernard Bizos, assesseurs.

Lu en audience publique le 2 janvier 2017.

Le président,

La secrétaire de la section,

Renaud Thielé

Guyline Laugier