

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

Chambre disciplinaire de première instance

Section des assurances sociales

N^{os} SAS-2021-001 et SAS-2021-003

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE DES ALPES-MARITIMES
c. Mme M. M-B

Audience du 23 mars 2022

Lecture du 6 avril 2022

Vu la procédure suivante :

1^o) Par une requête, enregistrée le 23 mars 2021, et un mémoire enregistré le 18 juin 2021, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Alpes-Maritimes, représentée par son directeur général, demande à la section des assurances sociales d'infliger à Mme M. M-B l'une des sanctions prévues par l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, proportionnée à la gravité des griefs retenus à son encontre et assortie de publication.

La caisse soutient que :

- il a été relevé, pour des montants de 213 955,94 et 67 369,21 euros, de nombreuses facturations injustifiées, qui ont fait l'objet en 2017 puis en 2019 de notifications d'indu ;
- ces anomalies procèdent non de simples négligences mais d'une volonté de fraude qui justifie l'infliction d'une sanction.

Par des mémoires en défense enregistrés le 11 mai 2021, le 14 juin 2021 et 30 juillet 2021, Mme M-B, demeurant ... à Roquebrune-Cap Martin (06190), représentée par Me Schiavolini, avocate, conclut au rejet de la requête.

Il soutient que :

- la plainte est fondée à tort sur l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale, et est insuffisamment motivée ;
- la plainte est en partie tardive ;
- les griefs retenus à son encontre sont infondés ;
- les faits invoqués, qui s'expliquent par des erreurs de saisie, ne justifient aucune sanction.

Par une ordonnance du 10 décembre 2021, le président de la section a décidé que l'instruction de l'affaire serait close le 17 janvier 2021 à midi.

II^o) Par une requête, enregistrée le 8 avril 2021 sous le n^o SAS-2021-003, le médecin-conseil, chef du service médical de Nice, s'associe à la plainte de la caisse primaire.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code de justice administrative ;
- 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 23 mars 2022 :

- le rapport de Mme Emeville, rapporteur,
- et les observations de Mme M-B, assistée par Me Schiavolini.

Considérant ce qui suit :

1. Mme M-B, qui exerce la profession d'infirmière à titre libéral, a fait l'objet d'un contrôle de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes pour la période allant de juin 2017 à avril 2019. Ayant relevé plusieurs anomalies qui ont donné lieu à notification d'un indu, la caisse demande à la section des assurances sociales d'infliger à Mme M-B une des sanctions prévues par l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Sur la jonction :

2. Les deux requêtes susvisées portent sur les mêmes faits et ont fait l'objet d'une instruction commune. Par conséquent, il y a lieu de les joindre pour y statuer par une seule décision.

Sur les fins de non-recevoir :

En ce qui concerne la tardiveté de la plainte :

3. Aux termes de l'article R. 145-22 du code de la sécurité sociale, les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance de l'ordre des infirmiers doivent être saisies de plaintes dans le délai de trois ans à compter de la date des faits poursuivis. Comme l'a jugé le Conseil d'Etat dans l'affaire n^o 409631 (CE, 26 juil. 2018, M. Levin, n^o 409631, point 3), il en résulte qu'une demande de sanction est irrecevable en tant qu'elle porte sur des actes pour lesquels le professionnel en cause a émis une facture plus de trois ans avant l'introduction de la plainte.

4. Il en résulte que la plainte, enregistrée le 23 mars 2021, ne pouvait porter sur des facturations émises antérieurement au 23 mars 2018. En l'absence de justification, par Mme M-B, de la date d'émission des facturations, il y a seulement lieu de considérer que la plainte est irrecevable en tant qu'elle porte sur les facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018, soit la totalité des dossiers n^{os} 1, 15, 20, 21, 30 et une partie des dossiers n^{os} 4, 6, 14, 16, 22, 29, 31, correspondant aux facturations remboursées avant le 23 mars 2018, et donc nécessairement émises avant cette date.

En ce qui concerne le fondement légal de la plainte :

5. Si la plainte initiale de la caisse primaire d'assurance maladie mentionne l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale qui est relatif aux médecins, chirurgiens-dentistes et sage-femmes, cette erreur de plume est sans incidence sur la recevabilité de la plainte, qui devait être regardée comme fondée sur les dispositions équivalentes des articles L. 145-5-1 et L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale. La plainte étant recevable ab initio, la circonstance qu'aucune saisine rectificative n'aurait été régulièrement communiquée à la section des assurances sociales ou à Mme M-B est sans influence sur la régularité et la recevabilité de la saisine. La requête de saisine est également suffisamment motivée.

Sur les manquements imputés à Mme M-B :

Dossier n^o 1 :

6. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est tardive s'agissant de ce dossier.

Dossier n^o 2 :

7. Mme M-B a prescrit à tort des actes AMI15, alors qu'il résulte de l'article 4 du chapitre II du titre XVI que cette cotation est réservée aux perfusions d'une durée supérieure à une heure destinées aux patients immunodéprimés ou souffrant de cancer. Si Mme M-B soutient que le médecin a prescrit deux perfusions d'une durée supérieure à une heure, elle se réfère à une pièce (n^o 8) qui est relative au patient n^o 1.

8. Dans ce dossier, elle a également facturé des actes qui n'ont pu être matériellement réalisés pendant la période d'hospitalisation du patient entre le 5 février et le 26 février 2019.

9. Elle a également facturé à tort des actes AMI1 en sus d'actes AIS, en méconnaissance du II de l'article 11 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale qui prévoit, s'agissant de l'acte infirmier de soins coté AIS 3, 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. Mme M-B, qui se borne à relever que la caisse primaire ne produit pas la prescription – dont elle dispose elle-même – ne conteste pas sérieusement ce grief.

10. Elle a également facturé à tort, des majorations d'acte unique qui ne sont, en vertu de l'article 23.1 des dispositions générales de la nomenclature, applicables qu'en cas de réalisation d'un acte unique de cotation AMI1 ou 1,5.

11. Elle a également facturé des soins non régulièrement prescrits, la prescription médicale du 2 avril 2019 n'identifiant pas le prescripteur et ne comportant pas la signature du médecin.

12. Elle a également facturé à une double reprise, les 24 mai 2019 et 24 juin 2019, les actes effectués en vertu de la prescription du 15 avril 2019 et de la prescription du 30 avril 2019.

13. Le montant total de l'indu pour ce patient s'élève à 1 469,40 euros.

Dossier n° 3 :

14. Il résulte de l'instruction que, dans ce dossier, Mme M-B a, à tort, facturé, pour un montant total de 43,80 euros, des actes réalisés sur le fondement d'une prescription médicale signée plus de six mois plus tôt, en méconnaissance de l'article 5, c des dispositions générales de la Nomenclature générale. Si Mme M-B relève que les actes ont été effectués sur le fondement de prescriptions des 4 avril et 26 octobre 2018, datant de moins de six mois, et que seule la facturation du 7 mai 2019 d'un montant de 10,95 euros était indue, elle ne produit pas les prescriptions en cause et n'établit donc pas que les actes en cause étaient régulièrement prescrits.

Dossier n° 4 :

15. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est, dans ce dossier, tardive en tant qu'elle porte sur des facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018.

16. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort des actes AMI1 en sus d'actes AIS, en méconnaissance du II de l'article 11 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale qui prévoit, s'agissant de l'acte infirmier de soins coté AIS 3, 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. A cet égard, la circonstance, invoquée par l'intéressée, que le patient souffrait d'hémochromatose, est sans influence sur la cotation. En se bornant à relever que la prescription n'est pas produite par la caisse primaire, alors qu'elle l'a elle-même à sa disposition, Mme M-B ne conteste pas sérieusement ce grief.

17. Elle a également facturé à tort, des majorations d'acte unique qui ne sont, en vertu de l'article 23.1 des dispositions générales de la nomenclature, applicables qu'en cas de réalisation d'un acte unique de cotation AM1 ou 1,5.

18. Elle a également facturé, le 31 août 2018, des actes qui n'ont pu être matériellement réalisés pendant la période d'hospitalisation du patient. Contrairement à ce que soutient Mme M-B, la caisse primaire apporte la preuve de l'hospitalisation du patient.

19. La caisse primaire soutient que Mme M-B a également facturé des soins non régulièrement prescrits, la prescription médicale du 5 mars 2019 n'identifiant pas le prescripteur et ne comportant pas la signature du médecin. Toutefois, Mme M-B produit (PJ 21) la prescription dont elle soutient qu'elle est conforme, sans que cela soit contesté par la caisse primaire. Ce grief ne peut donc être retenu.

Dossier n° 5 :

20. Ainsi qu'elle le reconnaît, Mme M-B a facturé à tort, pour un préjudice de 15,75 euros, un acte AMI14 pour une perfusion prescrite de 30 minutes, alors qu'il résulte des articles

3 et 4 du chapitre II du titre XVI que les injections d'une durée inférieure à une heure sont facturées AMI9.

Dossier n° 6 :

21. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est, dans ce dossier, tardive en tant qu'elle porte sur des facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018.

22. Dans ce dossier, il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à une double reprise, en mai 2019 puis en 18 juin 2019, les mêmes actes, pour un préjudice évalué par la caisse primaire à plus de 900 euros, et qu'elle a en outre, pour un préjudice de 36,25 euros, méconnu la règle de réduction du 2^e acte prévue par l'article 11 B des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels.

23. Mme M-B soutient, sans que ces indications soient contestées par la caisse primaire que son patient était insulino-traité, et qu'en conséquence les actes en cause se cumulaient à taux plein en application de l'article 5 bis des dispositions générales de la nomenclature. Elle ne conteste pas, en revanche, la matérialité du grief relatif à la double facturation des mêmes actes.

Dossier n° 7 :

24. Il résulte de l'instruction que, dans ce dossier, Mme M-B a facturé un acte AMI1 et un acte AMI3, réalisés en application des prescriptions médicales des 14 et 6 mai 2019, ainsi que deux indemnités de déplacement. La caisse primaire soutient que, ces actes pouvant être effectués en un seul passage, une seule indemnité de déplacement pouvait être facturée. Elle soutient, en outre, aucune majoration d'acte unique ne pouvait être facturée compte tenu du fait que deux actes étaient effectués. Enfin, la règle de réduction de moitié de la facturation du second acte prévue par l'article 11 B des dispositions générales de la nomenclature aurait dû, selon la caisse primaire, être appliquée.

25. Toutefois Mme M-B soutient, sans que ces indications soient contredites par la caisse primaire, qu'il était impossible de regrouper ses interventions, dès lors que le patient nécessitait une alimentation entérale dont le branchement était réalisé le soir à 20 h et le débranchement avec la piqûre était réalisé le matin à 8 h. Ces griefs ne peuvent donc être retenus.

Dossier n° 8 :

26. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé, à tort, 4 AMI14 au patient, alors que la prescription médicale indiquait une durée de perfusion d'une heure justifiant, en application des articles 3 et 4 du chapitre II du titre XVI de la nomenclature générale, une facturation d'un AMI9.

27. L'indu à ce titre s'élève à 252 euros.

Dossier n° 9 :

28. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à une double reprise des mêmes actes, pour un préjudice de 1 786,05 euros.

Dossier n° 10 :

29. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à une double reprise des mêmes actes, pour un préjudice de 2 307 euros.

Dossier n° 11 :

30. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort, des actes cotés AMI5 alors que l'article 4 du chapitre I du titre XVI de la nomenclature générale prévoit, pour les nutritionnements entéraux sur pompe, une cotation AMI3.

31. L'indu à ce titre s'élève à 88,20 euros.

Dossier n° 12 :

32. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé deux actes AMI15 alors que la prescription ne mentionnait qu'une perfusion d'une durée supérieure à une heure susceptible d'être ainsi cotée. De plus, elle a facturé un second acte AMI1,5 en méconnaissance de la règle de réduction de moitié de la cotation du second acte effectué. La circonstance, invoquée par l'intéressée, que le patient était atteint de mucoviscidose, est sans incidence sur la cotation de ces actes.

33. L'indu à ce titre s'élève à 614,30 euros.

Dossier n° 13 :

34. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à plusieurs reprises les mêmes soins, et facturé en outre des majorations pour acte unique inapplicable en cas de pluralité de cotations, pour un indu de 621,10 euros.

Dossier n° 14 :

35. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est, dans ce dossier, tardive en tant qu'elle porte sur des facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018.

36. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé des majorations de nuit alors que l'intervention de nuit n'avait pas été prescrite, des majorations pour acte unique inapplicables en cas de pluralité de cotation, des actes AMI réputés inclus dans l'acte AIS3 facturé par ailleurs, et des indemnités de déplacement IFA multiples pour un même passage. La circonstance, invoquée par l'infirmière, que la patiente était insulino-traitée, est sans influence sur cette analyse.

Dossier n° 15 :

37. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est tardive s'agissant de ce dossier.

Dossier n° 16 :

38. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est, dans ce dossier, tardive en tant qu'elle porte sur des facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018.

39. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé des « majorations férié » et des indemnités de déplacement IFA à l'acte au lieu de les facturer à la séance. Mme M-B, qui ne conteste pas ce grief, ne peut utilement opposer à la caisse primaire la non-communication de la prescription médicale.

40. En outre, elle a continué à facturer des actes sur le fondement de prescriptions alors que celles-ci avaient été remplacées par de nouvelles prescriptions. Mme M-B, qui se borne à relever que la prescription médicale du 7 décembre n'existe pas, seule une démarche de soins infirmier du 1^{er} décembre 2018 et une prescription de perfusion à domicile du 13 décembre 2018 ayant été établies, ne conteste pas sérieusement ce grief.

Dossier n° 17 :

41. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé des indemnités forfaitaires de déplacement et des « majorations fériés » excédant le nombre de passages. En outre, elle a méconnu l'article 11 du chapitre 1 du titre XVI régissant les démarches de soin infirmier en facturant 69 fois la démarche de soins en date du 1^{er} décembre 2018. En outre, elle a facturé deux fois les mêmes actes et soins. Mme M-B ne conteste pas ce grief.

42. L'indu à ce titre s'élève à 1 441 euros.

Dossier n° 18 :

43. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à une double reprise les mêmes soins.

Dossier n° 19 :

44. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort un acte AMI14 au lieu d'un AMI9 pour une perfusion d'une durée inférieure à une heure, pour un indu de 17,01 euros.

Dossier n° 20 :

45. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est tardive s'agissant de ce dossier.

Dossier n° 21 :

46. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est tardive s'agissant de ce dossier.

Dossier n° 22 :

47. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est, dans ce dossier, tardive en tant qu'elle porte sur des facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018.

48. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort un acte après l'expiration de la prescription médicale du 31 août 2018.

Dossier n° 23 :

49. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort des actes non prescrits, pour un montant de 68,52 euros.

Dossier n° 24 :

50. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort, pour un montant d'indu de 4 528,95 euros, des actes sur le fondement de prescriptions médicales qui avaient été remplacées.

Dossier n° 25 :

51. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort, pour un montant de 1 899,60 euros, des actes de soins infirmiers en vertu d'une démarche de soins infirmiers qui n'a pas pu être fournie, et des actes AMI2 au lieu d'actes AMI1 pour la préparation et prise des traitements une fois par jour.

52. Mme M-B, si elle ne conteste pas la cotation de l'acte médical, produit une démarche de soins infirmiers datée du 24 novembre 2018 qui prescrit 2 AI3 par jour (PJ 10).

Dossier n° 26 :

53. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort des actes non prescrits, pour un indu de 145,50 euros.

54. Si Mme M-B produit une prescription médicale datée du 20 juillet 2018, il ressort de l'examen de cette prescription que celle-ci ne porte pas sur les mêmes actes (PJ 29).

Dossier n° 27 :

55. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort des actes AMI15 au lieu d'actes AMI10 pour des perfusions de 30 minutes, pour un indu de 220,50 euros. La circonstance, invoquée par l'intéressée, que la patiente était atteinte de mucoviscidose, est sans incidence sur cette analyse.

Dossier n° 28 :

56. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort des actes AMI15 au lieu d'actes AMI10 pour des perfusions de 30 minutes, pour un indu de 94,50 euros. La circonstance, invoquée par l'intéressée, que le patient était atteint de mucoviscidose, est sans incidence sur cette analyse.

Dossier n° 29 :

57. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est, dans ce dossier, tardive en tant qu'elle porte sur des facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018.

58. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort des actes AMI15 au lieu d'actes AMI10 pour des perfusions de 30 minutes. La circonstance, invoquée par l'intéressée, que la patiente était atteinte de mucoviscidose, est sans incidence sur cette analyse.

Dossier n° 30 :

59. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est tardive s'agissant de ce dossier.

Dossier n° 31 :

60. Ainsi qu'il a été indiqué au point 4, la plainte est, dans ce dossier, tardive en tant qu'elle porte sur des facturations ayant donné lieu à remboursement avant le 23 mars 2018.

61. Il résulte de l'instruction que Mme M-B a facturé à tort des actes AMI15 au lieu d'actes AMI10 pour des perfusions de 30 minutes. En outre, elle a facturé deux fois les actes infirmiers pour la période du 1^{er} juin au 14 juin 2018. L'indu à ce titre s'élève à 771,15 euros. La circonstance, invoquée par l'intéressée, que la patiente était atteinte de mucoviscidose, est sans incidence sur cette analyse.

Sur les sanctions :

62. Compte tenu des faits retenus à l'encontre de Mme M-B, qui témoignent d'une négligence grave, mais ne permettent pas d'établir une intention frauduleuse, il y a seulement lieu de prononcer à l'encontre de Mme M-B la sanction d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux prévue par l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale pour une durée de six mois avec sursis.

63. Cette sanction ne fait pas double emploi avec la restitution, par Mme M-B, de la somme qui lui a été indûment payée par la caisse primaire.

64. 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} : Une sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux d'une durée de six mois (6 MOIS) avec sursis.

Article 2 : 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 3 : Le surplus des conclusions de la caisse primaire d'assurance maladie est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes, à Mme M. M-B, 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.

Délibéré après l'audience du 23 mars 2022, à laquelle siégeaient :

- M. Renaud Thielé, président,

N^{os} SAS-2021-001 et SAS-2021-2003

- M. Guy Choain, Mme Chantal Emeville, Mme Catherine Surroca et Mme Martine Richaud, assesseurs.

Lu en audience publique le 6 avril 2022.

Le président,

Renaud Thielé

SIGNÉ

La secrétaire de la section,

Johanna Benzi

SIGNÉ