

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

Chambre disciplinaire de première instance

Section des assurances sociales

N^{os} SAS-2017-001 et SAS-2017-002

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

c. M. I

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE-MALADIE DES BOUCHES-DU-RHONE

c. M. I

Audience du 17 novembre 2017

Lecture du 1^{er} décembre 2017

Vu la procédure suivante :

I. Par une requête, enregistrée le 23 février 2017 et deux mémoires enregistrés le 6 juillet 2017 et le 30 août 2017, le médecin conseil, chef du service médical de l'échelon local de Marseille, demande à la section des assurances sociales d'infliger à M. I l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale ;

Le service médical soutient que :

- dans plusieurs des dossiers vérifiés, il a été relevé, pour un montant total de 156 632 euros de nombreuses facturations injustifiées, établies en méconnaissance de la nomenclature générale des actes professionnels, en méconnaissance des prescriptions médicales, en exécution de prescriptions établies irrégulièrement ou en l'absence de prescription médicale.

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

Par deux mémoires en défense, enregistrés le 7 juin 2017 et le 18 août 2017, M. I conclut au rejet de la requête, sauf s'agissant des actes qu'il reconnaît avoir facturé indûment.

Il soutient que :

- la procédure de contrôle est entachée d'irrégularités ;

- deux erreurs de saisie informatique ont été effectivement commises, portant sur la facturation de 13 déplacements par jour dans le dossier n° 6 et sur la facturation d'un pansement quotidien dans le dossier n° 11 ;

- les autres griefs qui lui sont fait sont infondés ou reposent sur une version de la nomenclature générale des actes professionnels qui était postérieure aux faits en litige.

II. Par une requête du 22 mai 2017 et un mémoire du 5 octobre 2017, la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, représentée par son directeur général, demande à la section des assurances sociales :

1°) d'infliger à M. I, sur le fondement de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, une interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux « pour un quantum important sans période de sursis », assortie d'une publication par voie d'affichage dans les locaux de la caisse ;

2°) de le condamner à lui reverser la somme de 155 023,56 euros correspondant au trop-remboursé, en application du 4° du même article.

La caisse soutient que :

- dans plusieurs des dossiers vérifiés, il a été relevé, pour un montant total de 155 023,56 euros de nombreuses facturations injustifiées, établies en méconnaissance de la nomenclature générale des actes professionnels, en méconnaissance des prescriptions médicales, en exécution de prescriptions établies irrégulièrement ou en l'absence de prescription médicale.

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

Par deux mémoires en défense, enregistrés le 7 juin 2017 et le 18 août 2017, M. I conclut au rejet de la requête, sauf s'agissant des actes qu'il reconnaît avoir facturés indûment.

Il présente les mêmes moyens en défense que dans la première affaire visée ci-dessus.

Par ordonnance du 5 septembre 2017, le président de la section a décidé que l'instruction des affaires serait close le 6 octobre 2017 à midi.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- 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.

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

- le rapport de M. Yves Roux, rapporteur,
- les observations du Dr Michel Melis, représentant le médecin conseil chef du service de l'échelon local de Marseille,
- les observations de Mme Fanny Front, représentant la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône,
- et les observations de M. I, assisté par Me Grillat.

Considérant ce qui suit :

1. Les deux affaires susvisées portent sur les mêmes faits et ont fait l'objet d'une instruction commune. Il y a lieu de les joindre pour y statuer par un seul jugement.

2. M. I, qui exerce la profession d'infirmier à titre libéral, a fait l'objet d'un contrôle pour la période allant du 1^{er} novembre 2014 au 31 octobre 2015.

3. Ayant relevé plusieurs anomalies, le médecin conseil, chef du service médical de l'échelon local de Marseille et la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône demandent à la section des assurances sociales de condamner M. I à rembourser le trop-versé correspondant, et de lui infliger une des sanctions prévues par les 1^o, 2^o ou 3^o de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Sur la procédure devant la section des assurances sociales :

4. Le dernier mémoire de la caisse enregistré par le greffe de la section des assurances sociales a été communiqué après la clôture de l'instruction. En conséquence, et quelle que soit la date effective de réception de ce mémoire, cette communication a, en tout état de cause, rouvert l'instruction en application de l'article R. 613-4 du code de justice administrative. En outre, ce mémoire n'apporte pas d'éléments nouveaux de nature à influencer la présente décision. Les doutes émis par M. I sur la date effective d'enregistrement du mémoire au greffe de la section des assurances sociales sont donc, en tout état de cause, sans influence sur la régularité de la présente procédure.

Sur la régularité du contrôle :

5. Comme l'a jugé le Conseil d'Etat dans sa décision n° 122492 du 29 juillet 1994, 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.

Sur les manquements de M. I :

En ce qui concerne la surcotation au regard des articles 3 et 4 du chapitre II du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels :

6. Les articles 3 et 4 du chapitre II du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels régissent la prise en charge, respectivement, des soins spécialisés et des actes du traitement à domicile des patients immunodéprimés ou cancéreux. Ces dispositions ont été modifiées par une décision prise le 21 juillet 2014 par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie. Contrairement à ce que soutient M. I, cette modification est applicable aux actes en litige, effectués postérieurement à son entrée en vigueur le 30 septembre 2014, date de sa publication au journal officiel de la République française.

7. Ces articles 3 et 4 prévoient que les perfusions, qui doivent respecter la prescription médicale ou le protocole écrit préalablement établi, peuvent être soit administrées sous surveillance continue de l'infirmier, avec application d'un forfait d'un acte médical infirmier

(AMI 9, ou AMI 10 pour les patients immunodéprimés ou cancéreux) complété par un forfait supplémentaire d'un AMI6 pour chaque heure supplémentaire y compris les heures entamées, soit, si la durée de la perfusion excède une heure, faire l'objet de l'organisation d'une surveillance par l'infirmier, avec l'application d'un forfait (AMI 14, ou AMI15 pour les patients immunodéprimés ou cancéreux), cumulable, dans le cas des patients immunodéprimés ou cancéreux, avec un AMI10 si l'infirmier a assuré une présence continue pendant la première heure de perfusion avant d'en organiser la surveillance. Ces forfaits s'appliquent quel que soit le nombre de produits injectés par la voie concernée. Il résulte également de ces dispositions que, pour les perfusions durant plusieurs jours, l'organisation de la surveillance hors jour de pose et de retrait donne lieu à la facturation d'un AMI4, et l'arrêt et le retrait du dispositif en fin de perfusion longue donne lieu à la facturation d'un AMI5. Enfin, les changements de flacons ou les branchements en Y effectués sur un dispositif de perfusion déjà en place, comme les actes de débranchement ou déplacement du dispositif ou de contrôle du débit effectués en cours de perfusion sans surveillance continue donnent lieu à la facturation d'un AMI 4,1.

8. Il résulte de l'instruction que le médecin conseil de l'échelon local, ayant obtenu de M. I communication des différentes prescriptions sur le fondement desquelles ce dernier a réalisé les actes facturés, a, compte tenu des prescriptions et de l'emploi du temps de M. I, défini un plan de soins infirmiers et reconstitué en conséquence, dans les dossiers n^{os} 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 8, et selon les principes rappelés au point précédent, des cotations respectant la nomenclature générale. Il a calculé la différence entre ces cotations et les actes facturés par M. I, pour en déduire le montant de l'indu, soit 94 028,05 euros pour le dossier n^o 1, 1 756,72 euros pour le dossier n^o 2, 22 299,74 euros pour le dossier n^o 3, 21 073,82 euros pour le dossier n^o 4, et 8 931 euros pour le dossier n^o 5, 5 784,73 euros. Ainsi qu'il a été rappelé au point 5, et contrairement à ce que soutient M. I, c'est à bon droit que le médecin inspecteur a considéré que les forfaits de perfusion s'appliquaient quel que soit le nombre et la nature des produits administrés, alors même que ces produits faisaient l'objet de prescriptions distinctes et que leur administration supposait des précautions spécifiques à chacun. C'est également à bon droit qu'il a considéré que les actes AMI 4,1 ne pouvaient pas être facturés les jours de pose et d'arrêt des perfusions. C'est enfin à bon droit qu'il a considéré que les actes AMI 4 ne pouvaient être facturés dans le cas des perfusions faisant l'objet d'une surveillance continue. M. I n'apporte pas de contestation sérieuse des calculs effectués par le médecin inspecteur, ni de l'exactitude des relevés détaillés produits par la caisse primaire. Par suite, il y a lieu de considérer que la somme de 154 067,86 euros a été facturée indûment.

En ce qui concerne les actes ne respectant pas la prescription médicale :

9. L'article R. 4311-7 du code de la santé publique dispose que « *L'infirmier ou l'infirmière est habilité à pratiquer les actes suivants soit en application d'une prescription médicale qui, sauf urgence, est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée, soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif, préalablement établi, daté et signé par un médecin : (...) 5° Injections et perfusions, à l'exclusion de la première, dans ces cathéters ainsi que dans les cathéters veineux centraux et ces montages (...)* ». L'article 3 du chapitre II du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que les actes « *sont réalisés soit en application d'une prescription médicale, qui sauf urgence est écrite, qualitative et quantitative, datée et signée soit en application d'un protocole écrit, qualitatif et quantitatif préalablement établi, daté et signé par un médecin* ».

10. Dans les dossiers n^{os} 1, 2 et 4, les prescriptions médicales précisaient l'heure d'exécution des actes. En analysant la journée du 15 juin 2015, le médecin inspecteur a

constaté que les actes prescrits chez ces trois patients devaient être réalisés dans les mêmes tranches horaires, entre 6 h 00 et 6 h 30 (patients 1, 2 et 4), de 6 h 45 à 7 h 00 (patients 1 et 4), de 12 h 30 à 12 h 45 (patients 1 et 4), de 18 h 00 à 18 h 30 (patients 1, 2 et 4), à 18 h 45 (patients 1 et 2) et à 20 h (patients 1 et 2). Il s'en déduit, bien qu'aucune demande de reversement de l'indu ne soit présentée à ce titre par les plaignants, le non-respect, par M. I, des heures prescrites pour les perfusions.

En ce qui concerne les prescriptions établies irrégulièrement :

11. L'article 5.2.5 de la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux, approuvée par arrêté du 18 juillet 2007 prévoit que les ordonnances établies par des infirmiers ne peuvent être rédigées « *que pendant la durée d'une prescription médicale d'actes infirmiers, sauf indication contraire du médecin et sous réserve, pour certains dispositifs médicaux, d'une information du médecin traitant désigné par le patient (...)* ».

12. Dans les dossiers n^{os} 17, 24, 27 et 28, M. I a établi des prescriptions de matériel médical et de pansements alors qu'aucun acte infirmier n'avait été prescrit pour ces patients, en méconnaissance des dispositions précitées. Le remboursement du matériel prescrit, pour un montant de 1 026,09 euros, n'était donc pas dû à l'assuré. Si aucune somme ne lui est réclamée à ce titre, M. I a commis une erreur qui est à l'origine de ce versement indu.

En ce qui concerne les actes non prescrits :

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

14. Dans le dossier n^o 6, M. I a facturé quotidiennement, pendant la période allant du 16 décembre 2014 au 18 janvier 2015, treize indemnités de déplacement, alors que, comme il l'admet, il n'a pu, au vu des prescriptions médicales, n'en effectuer que huit. C'est donc indûment qu'il a facturé la différence, pour un montant total de 312,50 euros.

15. Dans le dossier n^o 11, M. I a facturé, entre le 1^{er} novembre 2014 et le 26 décembre 2014, un acte AMI 4, une majoration de coordination infirmière et un déplacement par jour, alors que la prescription médicale prévoyait « un pansement jambe droite tous les trois jours ». Ainsi qu'il l'admet, c'est donc indûment que M. I a facturé la somme de 643 euros.

Sur les sanctions :

16. Il résulte de ce qui précède que la caisse est fondée à demander à M. I, 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 155 023,36 euros.

17. Il en résulte également que M. I a procédé, pendant la période de sept mois objet de la vérification, à des surcotations d'actes médicaux infirmiers pour un montant de 154 067,86 euros. Par leur importance, ces surcotations n'ont pu procéder que d'une volonté délibérée. Au regard de l'importance des sommes en jeu, il y a lieu de prononcer à l'encontre de M. I la sanction d'interdiction du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux prévue par l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, pour une durée de deux ans, dont un an avec sursis.

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

DECIDE

Article 1^{er} : M. I est condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 155 023,36 euros (CENT CINQUANTE CINQ MILLE VINGT TROIS EUROS ET TRENTE SIX CENTIMES) correspondant au trop-perçu.

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

Article 3 : Le surplus des conclusions des deux requêtes est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera affichée dans les locaux de la caisse primaire d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône pendant une durée de deux ans.

Article 5 : La présente décision sera notifiée au médecin conseil, chef du service médical de l'échelon local de Marseille, au directeur général de la caisse primaire d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à M. I, au directeur général de l'agence régionale de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de la santé, au ministre chargé de l'agriculture, au conseil national de l'ordre des infirmiers et au conseil départemental des infirmiers des Bouches-du-Rhône.

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

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

Lu en audience publique le 1^{er} décembre 2017.

Le président,

La secrétaire de la section,

Renaud Thielé

Guylaine Laugier