

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

Chambre disciplinaire de première instance

Section des assurances sociales

N° SAS-2015-003

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

Audience du 3 juin 2016

Lecture du 17 juin 2016

Vu la procédure suivante :

Par une requête, enregistrée le 7 septembre 2015 et un mémoire enregistré le 7 décembre 2015, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, représentée par son directeur général, demande à la section des assurances sociales :

1°) d'infliger à M. C l'une des sanctions prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, assortie, pour cette dernière sanction, d'une publication par voie d'affichage dans les locaux de la caisse ;

2°) de le condamner à lui reverser la somme de 56 304,70 euros correspondant au trop-remboursé, en application du 4° du même article.

La caisse soutient que :

- dans onze des douze dossiers vérifiés, il a été relevé, pour un montant total de 56 304,70 euros, de nombreuses facturations injustifiées, correspondant, en premier lieu, à des actes fictifs, mal cotés, ne correspondant pas aux prescriptions du médecin traitant ou excédant le nombre ou le rythme maximal prévu par la nomenclature générale des actes professionnels, en deuxième lieu, à des majorations de nuit fictives ne correspondant pas à des actes effectués la nuit, ou non prescrites, en troisième lieu, à des indemnités forfaitaires de déplacement fictives ou ayant pour objet le même déplacement, en quatrième lieu, à des majorations de coordination infirmière facturées à tort et, en cinquième lieu, à des actes ne respectant pas les règles de cumul des actes de nursing avec des actes techniques ;

- eu égard au nombre des facturations correspondant à des actes, majorations et indemnités fictifs, et des actes et majorations non conformes à la nomenclature, ces anomalies procèdent non de simples négligences mais d'une volonté de fraude.

Par deux mémoires en défense, enregistrés le 4 novembre 2015 et le 30 décembre 2015, M. C s'engage à rembourser le trop-perçu mais conclut au rejet de la demande tendant à l'infliction d'une sanction l'empêchant d'exercer sa profession.

Il soutient que :

- sa situation personnelle est difficile ;
- les erreurs relevées, qu'il reconnaît pour la plupart, ne procèdent pas d'une intention frauduleuse ;
- certaines des demandes de la caisse sont injustifiées ;
- il propose de rembourser la caisse, par le versement immédiat d'un premier acompte de 5 000 euros puis par des versements mensuels ;
- ses qualités professionnelles ne sont pas en cause.

Par une ordonnance du 15 mars 2016, le président de la section a décidé que l'instruction de l'affaire serait close le 15 avril 2016 à 12 heures.

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 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 3 juin 2016 :

- le rapport de M. Yves Roux, rapporteur,
- les observations de Mme Fanny Front, représentant la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône,
- et les observations de Me Christine Andréani, substituant Me Virginie Hurson pour M. C.

Considérant ce qui suit :

1. M. C, qui exerce la profession d'infirmier à titre libéral depuis le mois de juin 2001 à Marseille, a fait l'objet d'un contrôle de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône pour la période allant du 1^{er} janvier 2013 au 9 février 2014.

2. Ayant relevé plusieurs anomalies, la caisse demande à la section des assurances sociales de condamner M. C à lui rembourser le trop-versé correspondant, et de lui infliger une des sanctions prévues par les 1^o, 2^o ou 3^o de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Sur l'étendue du litige :

3. Si M. C a conclu son mémoire en défense en proposant de rembourser immédiatement une partie du trop-versé, rien n'indique qu'il aurait procédé à ce remboursement. Il y a donc lieu de statuer sur la totalité de la demande de condamnation présentée par la caisse primaire.

Sur les manquements de M. C :

En ce qui concerne les actes, majorations et indemnités fictifs (17 517,05 euros) :

4. La caisse primaire a pris en charge 288 actes infirmiers de soins cotés AIS3, 1 815 majorations de nuit et 29 indemnités forfaitaires de déplacement dont le contrôle technique a conclu qu'ils ne correspondaient à aucune prestation réelle.

5. M. C ne conteste pas les conclusions du contrôle sur ce point, sauf s'agissant des majorations de nuit dans le dossier n° 11.

6. Toutefois, s'il fait état, s'agissant de ce dossier, des complications dont a souffert sa patiente, des suites d'une chute ayant nécessité une hospitalisation, cet argumentaire est sans rapport avec le grief considéré, qui tient au fait que les actes en question ne pouvaient faire l'objet d'une majoration de nuit prévue par l'article 14 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels, dès lors qu'ils avaient été effectués entre 8 heures et 20 heures.

7. La caisse primaire doit donc être regardée comme établissant le caractère fictif de l'ensemble de ces actes, majorations et indemnités, correspondant à un trop-versé d'un montant total de 17 517,05 euros.

En ce qui concerne les majorations de nuit sans prescription médicale (26 699,70 euros) :

8. La caisse primaire a pris en charge 2 928 majorations de nuit, pour un montant total de 26 699,70 euros, dont le contrôle technique a conclu qu'elles correspondaient à des prestations effectivement réalisées la nuit, mais sans prescription médicale précisant le moment de la visite.

9. L'article 14 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que « (...) *pour les actes infirmiers répétés, [les] majorations [de nuit] ne peuvent être perçues qu'autant que la prescription du médecin indique la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne* ».

10. La prise en charge de la majoration de nuit des actes infirmiers répétés est donc subordonnée à l'existence d'une prescription en ce sens du médecin traitant.

11. En l'espèce, les soins en cause ont tous été réalisés sans que le médecin prescripteur ait indiqué la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne. A cet égard, si, dans le dossier n° 10, M. C fait remarquer que la prescription du 2 décembre 2013 mentionne un passage à 20 h 30, les actes réalisés sur le fondement de cette prescription ne sont pas concernés par la demande de remboursement de la caisse, laquelle porte sur les seuls actes réalisés en application de la prescription du 29 avril 2013.

12. En l'absence de prescription médicale, et même à admettre que la réalisation de soins la nuit ait été justifiée par l'état du patient, la majoration de nuit ne pouvait être prise en charge par la caisse. La caisse primaire établit donc l'existence d'un trop-perçu correspondant à la somme de 26 699,70 euros au titre des majorations de nuit sans prescription médicale.

En ce qui concerne les majorations de coordination infirmière (815 euros) :

13. La caisse primaire a pris en charge 163 majorations de coordination infirmière dont le contrôle technique a conclu qu'elles ne correspondaient pas à des actes prescrits et susceptibles de donner lieu à cette cotation.

14. 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 »*.

15. Il résulte de cette disposition que seuls les actes dûment prescrits peuvent faire l'objet d'une prise en charge par la caisse. En l'espèce, les pansements effectués par M. C, à supposer même qu'ils puissent être qualifiés de « lourds et complexes » au sens de l'article 23.2 et de l'article 3 du chapitre 1^{er} du titre XVI de la nomenclature générale, n'ont fait l'objet d'aucune prescription médicale.

16. Il en résulte que M. C n'avait en tout état de cause pas droit à la prise en charge des majorations de coordination infirmière à raison de ces pansements. La somme de 815 euros qu'il a perçue à ce titre ne lui était donc pas due.

En ce qui concerne le cumul des actes cotés AMI et des actes cotés AIS (1 256,53 euros) :

17. La caisse primaire a constaté que M. C avait méconnu l'interdiction de cumul des cotations AMI et AIS et en a déduit un trop-versé de 1 256,53 euros.

18. En effet, le II de l'article 11 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale 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.

19. M. C conteste seulement l'analyse de la caisse relative au dossier n° 10, en soutenant qu'il a facturé un acte infirmier coté AMI1 et une majoration pour acte unique (MAU) au lieu d'un acte infirmier de soins (AIS). Toutefois, ainsi qu'il le reconnaît, cette cotation était erronée et a abouti à un cumul interdit par les dispositions précitées de l'article 11 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature.

20. La caisse est donc fondée à demander le remboursement de la somme de 1 256,53 euros à ce titre.

En ce qui concerne les indemnités forfaitaires de déplacement multiples facturées pour des malades résidant dans le même lieu (3 717 euros) :

21. La caisse conteste le droit de M. C au paiement de doubles indemnités forfaitaires de déplacement pour des actes sur des personnes résidant ensemble, pour un montant de 3 717 euros.

22. L'article 13 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels dispose que « *lorsqu'un acte inscrit à la Nomenclature générale des actes professionnels (...) doit être effectué au domicile du malade, les frais de déplacement du professionnel de santé sont remboursés, en sus de la valeur de l'acte ; ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le professionnel de santé (...)* ».

23. Cet article prévoit que les frais de déplacement font l'objet d'un « remboursement ». Dès lors, le caractère forfaitaire de l'indemnité allouée ne dispense pas l'auxiliaire médical concerné de prouver la réalité des frais avancés. Notamment, quand l'infirmier n'effectue qu'un seul déplacement pour donner des soins à plusieurs malades dans un même lieu, il ne peut prétendre qu'à une seule indemnité de déplacement.

24. M. C ne pouvait donc facturer plusieurs indemnités forfaitaires quand les patients visités résident ensemble. La caisse a donc droit au remboursement de la somme de 3 717 euros à ce titre.

En ce qui concerne les autres griefs de la caisse :

25. M. C ne conteste aucune des autres erreurs relevées par la caisse, et tenant, en premier lieu, à la cotation de 518 AIS 3,1 au lieu d'AIS 3 effectivement réalisés (139,86 euros), à la cotation de 349 AIS 3 et de 84 AIS 4 au lieu des AIS 3,1 prescrits (3 846,97 euros), et au dépassement du rythme d'un acte AIS 4 par semaine prévu par l'article 11 paragraphe 4 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale (2 312,59 euros).

Sur les sanctions :

26. Il résulte de ce qui précède que la caisse est donc fondée à demander à M. C, sur le fondement du 4° de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale le reversement du trop-perçu, d'un montant de 56 304,70 euros.

27. Il en résulte également que M. C a facturé à la caisse primaire 288 actes, 1 815 majorations de nuit et 28 indemnités de déplacement fictifs. Eu égard à la fréquence de ces erreurs, celles-ci 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. C 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.

28. Toutefois, la qualité des soins dispensés par M. C n'est pas en cause. En conséquence, et eu égard au fait qu'aucune infraction ne lui a été auparavant reprochée, il y a lieu d'assortir cette sanction d'un sursis pour quatre des six mois d'interdiction.

29. 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} : M. C est condamné à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 56 304,70 euros (CINQUANTE-SIX MILLE TROIS CENT QUATRE EUROS ET SOIXANTE-DIX 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 6 mois (SIX MOIS), dont 4 avec sursis, est prononcée à l'encontre de M. C. La première période d'interdiction, d'une durée de 2 mois (DEUX MOIS), est ferme et prendra effet à la date du 1^{er} septembre 2016. La seconde période d'interdiction, d'une durée de 4 mois (QUATRE 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 : La présente décision sera affichée dans les locaux de la caisse primaire principale d'assurance-maladie des Bouches-du-Rhône pendant une durée d'un an.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à M. C, 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 3 juin 2016, à laquelle siégeaient :

- M. Renaud Thielé, président,
- M. Yves Roux, Mme Laurence Bernard Bizos, Mme Marie-Ange Ferry et Mme Vanessa Luciani, assesseurs.

Lu en audience publique le 17 juin 2016.

Le président,

La secrétaire de la section,

Renaud Thielé

Guylaine Laugier