

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

Chambre disciplinaire de première instance

Section des assurances sociales

N^{os} SAS-2015-007 et SAS-2015-008

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

c. M. H

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

c. M. H

Audience du 7 octobre 2016

Lecture du 21 octobre 2016

Vu la procédure suivante :

I^o) Par une requête, enregistrée le 1^{er} décembre 2015 sous le n^o SAS-2015-007, et un mémoire enregistré le 23 février 2016, le médecin conseil, chef du service médical de l'échelon local de Marseille, demande à la section des assurances sociales d'infliger à M. H l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale.

Le médecin-conseil soutient que :

- dans quinze des dossiers vérifiés, il a été relevé de nombreuses facturations injustifiées, correspondant à un dépassement du nombre maximal d'actes AIS3 facturables par patient et par jour, à des cumuls interdits d'actes AMI1 et AIS3, à des actes AMI1, des majorations pour acte unique et des majorations pour jour férié facturés indûment, et à des actes non réalisés ou non conformes à la nomenclature générale des actes professionnels ;

- en outre, M. H a réalisé plus de 48 actes AIS3 par jour entre le 1^{er} novembre 2013 et le 31 octobre 2014, sauf pour deux journées, ce qui ne permet pas de considérer que ces actes ont été réalisés dans des conditions qui permettent d'assurer la qualité des soins ;

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

- il prend acte, toutefois, que, dans le dossier n^o 12, la patiente est revenue sur ses déclarations faites lors du contrôle.

Par un mémoire en défense, enregistré le 1^{er} février 2016, M. H, concède certaines erreurs et, pour le surplus, conclut au rejet de la requête.

Il soutient que :

- il reconnaît avoir facturé par erreur les soins des patients hospitalisés dans les dossiers n^{os} 13 et 14, avoir par erreur cumulé des actes médicaux infirmiers avec des séances de soins infirmiers, avoir à tort facturé plus de quatre séances de soins infirmiers par jour dans les dossiers 1 à 8, et avoir par erreur facturé trois fois des majorations de nuit dans le dossier n^o 14 alors que les injections étaient réalisées à 19 heures ;
- dans le dossier n^o 12, il produit une attestation de sa patiente qui confirme que c'est l'infirmier qui réalisait toutes les injections facturées ;
- il travaille de 5 heures du matin à 22 heures le soir, avec une pause maximale de 15 minutes pour le déjeuner, et sa clientèle est située à proximité de son cabinet ;
- il n'est pas démontré que les soins dispensés ne seraient pas de qualité, ce qui ne peut se déduire du nombre d'actes AIS3 réalisés chaque jour ;
- dans les dossiers n^{os} 10 et 15, les médecins prescripteurs lui avaient demandé de vérifier la glycémie des patients deux fois par jour pour voir quelle était l'efficacité du traitement médicamenteux ;
- dans les dossiers n^{os} 10 et 15, la majoration de nuit était applicable s'agissant des examens réalisés à 7 heures du matin.

II^o) Par une requête, enregistrée le 8 décembre 2015 sous le n^o SAS-2015-008, la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, représentée par son directeur général, demande à la section des assurances sociales d'infliger à M. H l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, et de le condamner à lui rembourser un montant de 80 767,44 euros correspondant à la part obligatoire, ainsi qu'un montant de 5 094,36 euros correspondant à la part de la couverture maladie universelle complémentaire.

La caisse s'associe aux griefs avancés par le médecin conseil dans l'instance n^o SAS-2015-007.

Par un mémoire en défense, enregistré le 1^{er} février 2016, M. H, concède certaines erreurs et, pour le surplus, conclut au rejet de la requête.

Par ordonnances du 14 avril 2016, le président de la section a décidé que l'instruction des deux affaires serait close le 13 mai 2016 à midi.

Le 5 octobre 2016, M. H a produit un second mémoire en défense, qui, enregistré après la clôture de l'instruction, n'a pas été communiqué et dont il n'est pas tenu compte.

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 7 octobre 2016 :

- le rapport de M. Roux, rapporteur,
- les observations du Dr Michel Melis, représentant le Dr Jacques Ronin, chef du service médical de l'échelon local de Marseille, et de Mme Fanny Front pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône,
- et les observations de M. H, assisté par Me Nyst.

Considérant ce qui suit :

1. M. H, qui exerce la profession d'infirmier à titre libéral, a fait l'objet d'un contrôle du médecin conseil du service médical de l'échelon local de Marseille pour la période allant du 1^{er} novembre 2013 au 31 octobre 2014.

2. Ayant relevé plusieurs anomalies, le médecin conseil demande à la section des assurances sociales d'infliger à M. H 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 requête distincte, la caisse primaire demande en outre à la section des assurances sociales de condamner M. H à lui rembourser le trop-remboursé.

Sur la jonction :

3. Les deux requêtes visées ci-dessus présentent à juger les mêmes questions et ont fait l'objet d'une instruction commune. Il y a lieu de les joindre pour y statuer par une seule décision.

Sur les manquements de M. H :

En ce qui concerne les actes non réalisés (1 665,62 euros) :

4. La caisse primaire a pris en charge des actes dont le médecin conseil a conclu qu'ils ne correspondaient à aucune prestation réelle.

5. M. H ne conteste pas la matérialité des faits qui lui sont reprochés dans les dossiers vérifiés n^{os} 13 et 14. Le caractère fictif des actes en cause, qui n'ont matériellement pu être réalisés du fait de l'hospitalisation des patients pendant la période considérée, doit donc être tenu pour établi.

6. Dans le dossier n^o 12, en revanche, M. H produit une attestation du patient, qui revient formellement sur les déclarations qu'il avait faites au médecin-conseil. En l'état du dossier, il n'est pas possible de retenir le caractère fictif de la visite du soir, qui avait été retenu par le médecin-conseil.

7. Le médecin conseil et la caisse primaire doivent donc être regardés comme établissant le caractère fictif des actes en cause dans les seuls dossiers n^{os} 13 et 14, pour un montant de 868,80 euros.

En ce qui concerne les majorations de nuit facturées à tort (4 858,65 euros) :

8. L'article 14 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que « (...) *Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures (...) / (...) 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* ».

9. Dans deux dossiers (n^{os} 10 et 15), et pour la période allant du 19 mai 2014 au 31 octobre 2014, la caisse primaire a pris en charge, respectivement, 166 et 362 majorations de nuit afférentes à des actes cotés AMI1 correspondant à une vérification de glycémie de patients diabétiques, pour des montants respectifs de 1 518,90 et 3 312,30 euros.

10. Toutefois, l'article 5 bis du chapitre II du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que seule la surveillance et l'observation d'un patient diabétique insulino-traité dont l'état nécessite une adaptation régulière des doses d'insuline donne lieu à la cotation, par séance, d'un acte médical infirmier AMI1.

11. En l'espèce, il résulte de l'instruction, et il n'est pas contesté, que les patients des dossiers n^{os} 10 et 15 n'étaient pas insulino-traités. M. H ne pouvait donc facturer des actes AMI1, ni, par voie de conséquence, les majorations de nuit afférentes. En outre, aucune prescription n'indiquait la nécessité impérieuse d'une exécution de nuit ou rigoureusement quotidienne de ces vérifications glycémiques.

12. S'agissant du dossier n^o 14, et ainsi que M. H l'admet, c'est à tort qu'ont été facturées, pour un montant total de 27,45 euros, trois majorations de nuit pour des actes dont le médecin prescripteur avait indiqué qu'ils devaient être réalisés à 19 heures.

13. M. H a donc perçu indûment une somme d'un montant total de 4 858,65 euros.

En ce qui concerne le cumul des actes cotés AMI et des actes cotés AIS (4 369,05 euros) :

14. 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 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. Il en résulte qu'un infirmier ne peut coter, pour une même séance et sous cette réserve, à la fois un acte AIS3 et un acte AMI.

15. Il résulte de l'instruction, et il n'est pas contesté, que, dans les dossiers n^{os} 9, 10 et 11, M. H a facturé à la caisse primaire, pour une même séance, des actes AIS3 et des actes AMI1. Les actes AMI1 ont donc été facturés à tort.

16. La caisse est donc fondée à demander le remboursement de la somme de 4 369,05 euros correspondant au montant de ces actes facturés à tort.

En ce qui concerne les actes AIS3 au-delà du quatrième acte quotidien (2 385 euros) :

17. Ainsi qu'il l'admet, M. H n'avait pas droit, dans les dossiers n^{os} 1 à 8, à la prise en charge des actes AIS3 au-delà du quatrième acte quotidien, en méconnaissance du plafond

prévu par le II de l'article 11 du chapitre 1 du titre XVI de la nomenclature générale. La caisse a donc droit au remboursement de la somme correspondante, d'un montant de 2 385 euros.

En ce qui concerne le volume global excessif d'actes AIS 3 (72 583,50 euros) :

18. Le contrôle effectué a permis de constater que, sur la période du 1^{er} novembre 2013 au 31 octobre 2014, M. H avait dispensé, en moyenne, soixante actes cotés AIS3 par jour. Le médecin-conseil et la caisse primaire considèrent, en admettant une durée de travail quotidienne de l'infirmier de dix-sept heures, que le nombre d'actes AIS3 pouvant être réalisé quotidiennement ne saurait être supérieur à trente-quatre, compte tenu de la durée de trente minutes prévue par la nomenclature générale. La caisse demande en conséquence à la section des assurances sociales de condamner M. H à rembourser les sommes perçues à compter du trente-cinquième acte AIS3.

19. Le II de l'article 11 du chapitre 1^{er} du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que les actes infirmiers de soins cotés AIS3 correspondent à des « *séance(s) de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure* ».

20. Cet article de la nomenclature n'impose, toutefois, pas aux infirmiers, à peine de non-prise en charge de l'acte, de demeurer systématiquement près du patient pendant trente minutes, dans l'hypothèse où une durée inférieure à trente minutes leur permet d'assurer dans les meilleures conditions la réalisation des soins prescrits. Il en résulte que, dans le cas où l'infirmier facture un seul AIS3 par passage, la caisse ne peut obtenir le remboursement de l'indu qu'en apportant des éléments de nature à établir que la durée effective du passage ne permettait pas, en l'espèce, à l'infirmier de réaliser les soins dans des conditions conformes à la prescription ou à la démarche de soins infirmiers.

21. Par ailleurs, il résulte de cette même disposition que la prescription de deux AIS3 pour un seul passage ne peut être justifiée que par des soins ne pouvant être matériellement effectués en moins de trente minutes. Dans cette hypothèse, le fait que l'infirmier réalise ces soins en moins de trente minutes doit donc, dans tous les cas, conduire à considérer que les soins n'ont pas été réalisés conformément à la prescription ou à la démarche de soins infirmiers.

22. Il résulte de ce qui a été dit aux points précédents que, pour obtenir le remboursement des sommes correspondantes, il appartient à la caisse, le cas échéant, d'identifier et de dénombrer les passages qui ont donné lieu à facturation d'un double AIS3 alors que leur durée n'a pu excéder trente minutes, cette estimation de la durée de passage effective pouvant être établie soit par les auditions effectuées lors du contrôle, soit par une reconstitution de l'agenda de l'infirmier, soit, même, par une analyse des relevés de remboursement, dans l'hypothèse où celle-ci permet d'établir qu'au regard du nombre de doubles AIS3 facturés par jour, un certain nombre de passages n'ont matériellement pu avoir une durée supérieure à trente minutes. La caisse peut également faire valoir, au cas par cas, que la durée effective d'une séance ne permet pas de considérer que les soins dispensés sont conformes à la prescription ou à la démarche de soins infirmiers.

23. En revanche, le dépassement du plafond de 34 actes AIS3 quotidien ne permet par lui-même de caractériser aucune méconnaissance de la nomenclature générale des actes professionnels. Il ne peut donc être fait droit à l'argumentaire de la caisse, qui tend exclusivement, au terme d'une analyse globale et statistique, au remboursement des actes AIS3 facturés quotidiennement au-delà du 34^{ème} acte facturé.

Sur les sanctions :

24. Il résulte de ce qui précède que la caisse est donc fondée à demander à M. H, 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 12 481,50 euros (dont 12 150,78 euros de part obligatoire et 330,72 euros de part CMU).

25. Il en résulte par ailleurs que M. H a facturé à la caisse primaire, dans les dossiers n^{os} 13 et 14, des actes fictifs. Ces infractions n'ont pu procéder que d'une volonté délibérée. Au regard de l'importance modérée des sommes en jeu, il y a lieu de prononcer à l'encontre de M. H 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, en assortissant cette sanction d'un sursis pour quatre des six mois d'interdiction.

26. 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. H est condamné à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 12 481,50 euros (DOUZE MILLE QUATRE CENT QUATRE-VINGT UN EUROS ET CINQUANTE CENTIMES), dont 12 150,78 euros de part obligatoire et 330,72 euros de part CMU, correspondant au trop-perçu.

Article 2 : Une sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux d'une durée de six mois (6 MOIS), dont quatre avec sursis, est prononcée à l'encontre de M. H. La première période d'interdiction, d'une durée de deux mois (2 MOIS), est ferme et prendra effet à la date du 1^{er} janvier 2017. La seconde période d'interdiction, d'une durée de quatre mois (4 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 centrale d'assurance maladie est rejeté.

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

Article 5 : La présente décision sera notifiée au médecin conseil, au directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à M. H, 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 7 octobre 2016, à laquelle siégeaient :

- M. Renaud Thielé, président,

N^{os} SAS-2015-007 et SAS-2015-008

- M. Guy Choain, Mme Vanessa Luciani, M. Yves Roux, Mme Catherine Skrzypczak, assesseurs.

Lu en audience publique le 21 octobre 2016.

Le président,

La secrétaire de la section,

Renaud Thielé

Guylaine Laugier