

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

Chambre disciplinaire de première instance

Section des assurances sociales

N° SAS-2015-004

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

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 30 décembre 2015, la caisse primaire centrale des Bouches-du-Rhône, représentée par son directeur général, demande à la section des assurances sociales :

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

2°) de condamner M. M, en application du 4° du même article, de lui reverser le trop-versé, d'un montant de 83 108,45 euros.

La caisse soutient que :

- dans quinze des seize dossiers vérifiés, il a été relevé, pour un montant total de 83 108,45 euros, de nombreuses facturations injustifiées, correspondant, en premier lieu, à des actes fictifs, facturés doublement, surcotés ou excédant le rythme maximal prévu par la nomenclature générale des actes professionnels et, en second lieu, à des indemnités forfaitaires de déplacement multiples pour un même déplacement ;

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

Par deux mémoires en défense enregistrés le 13 novembre 2015 et le 20 janvier 2016, M. M conclut au rejet des demandes de la caisse ;

M. M soutient que :

- la demande de la caisse est injustifiée à hauteur de 42 092,31 euros ;

- la procédure ne respecte pas l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, aucune notification d'indu ne lui ayant été au préalable envoyée.

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.

Par une ordonnance du 15 avril 2016, le président de la section a décidé du report de la clôture d'instruction au 9 mai 2016 à 12 heures.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- le code civil ;
- 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 Mme Vanessa Luciani, rapporteur,
- les observations de Mme Fanny Front pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône,
- et les observations de M. M.

Considérant ce qui suit :

1. M. M, qui exerce la profession d'infirmier à titre libéral, a fait l'objet d'un contrôle de son activité au titre de 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. M 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 la régularité de la procédure :

3. Aucune disposition ni aucun principe ne subordonne la régularité de la saisine de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'ordre des infirmiers, prévue par l'article L. 145-5-1 du code de la sécurité sociale, à la mise en œuvre préalable de la procédure de répétition de l'indu prévue par l'article L. 133-4 du même code. La procédure suivie est donc régulière.

Sur les manquements :

En ce qui concerne les actes fictifs et les indemnités de déplacement, majorations de jour férié et démarches de soins infirmiers correspondants (20 743,80 euros) :

4. M. M ne conteste pas la matérialité des erreurs relevées dans les dossiers vérifiés n^{os} 1, 2 et 12. Le caractère fictif des actes en cause doit donc être tenu pour établi.

5. Dans le dossier n° 6, l'épouse du patient a indiqué à l'agent chargé du contrôle que M. M ne venait qu'une seule fois par jour, ayant « trop de travail pour passer une deuxième fois ». La précision de ses explications démontre que la personne interrogée, qui a signé son procès-verbal d'audition, a bien compris la question qui lui a été posée. Dans ces conditions, le fait que la patiente, qui a un lien de parenté proche avec M. M, s'est postérieurement rétractée, ne peut conduire à mettre sérieusement en doute ses déclarations initiales.

6. Dans le dossier n° 13 la caisse a remis en cause la réalité de soins pratiqués en 2013 et 2014 par M. M sur le seul fondement des déclarations de la patiente, qui a affirmé que M. M était seulement venu lui prendre la tension au début de l'année 2014. En conséquence de ces déclarations, la caisse demande le remboursement d'une somme totale de 6 927,35 euros, correspondant, d'une part, à la totalité des sommes facturées par M. M en 2013, et, d'autre part, à 75 % des actes AIS3 et 50 % des indemnités forfaitaires de déplacement facturés en 2014.

7. Toutefois, les soins facturés en 2013 l'ont été sur le fondement de démarches de soins infirmiers signées par le Dr Audibert, et prévoyant deux séances de deux actes de soins infirmiers (AIS3) par jour, justifiées par l'altération de la mobilité physique de la patiente, sa souffrance psychique et sa difficulté à prendre des médicaments sans surdosage ou oubli et ses problèmes psychologiques. Le Dr Audibert, ainsi que le masseur-kinésithérapeute de la patiente ont par ailleurs confirmé que M. M a prodigué des soins à cette patiente en 2013. En outre, la patiente a signé les factures adressées par M. M à la caisse sur la période considérée. Eu égard à l'état de fragilité psychologique de la patiente, et en l'absence de toute analyse médicale et non strictement administrative de ce dossier, les seules déclarations de la patiente, qui peuvent résulter d'un oubli ou d'une confusion, ne suffisent pas à établir que M. M n'aurait pas prodigué à cette patiente les soins prévus par les démarches de soins infirmiers. Dans ces conditions, la caisse n'est pas fondée à soutenir que les actes facturés par M. M au titre de l'année 2013 à cette patiente doivent être considérés comme fictifs.

8. Dans ce même dossier, la caisse a considéré, également sur le fondement des déclarations de la patiente, que M. M s'était, s'agissant des soins prodigués en 2014, contenté de soins légers ne justifiant qu'une séance AIS3 et une indemnité forfaitaire de déplacement IFA par jour, au lieu de quatre séances AIS3 et deux indemnités IFA. Toutefois, ainsi qu'il a été dit au point précédent, les déclarations de la patiente de M. M sont sujettes à caution. En l'absence d'autres éléments, et notamment d'une analyse de la situation médicale de la patiente, il n'est pas établi que M. M n'aurait pas effectué la totalité des soins prévus dans la démarche de soins.

9. Il résulte de ce qui a été dit aux points 4 à 8 que la caisse établit seulement le caractère indu des sommes facturées dans le dossier n° 6. M. M lui est donc redevable d'une somme de 13 816,45 euros à ce titre.

En ce qui concerne les doubles facturations (6 640,20 euros) :

10. A l'occasion du contrôle, la caisse primaire a constaté une double facturation de certains actes (1 AMI1, 8 AMI2, 1 AMI3, 22 AMI4 et 1 260 MCD).

11. M. M ne conteste pas la matérialité des faits qui lui sont reprochés, mais se borne à soutenir qu'il a procédé à cette facturation irrégulière pour récupérer des sommes qu'il estimait lui être dues pour des actes effectués en 2011. Toutefois, même à regarder M. M comme demandant la compensation des dettes entre elles sur le fondement des articles 1289 et 1290 du code civil, il n'établit pas avoir droit à la prise en charge des actes considérés. A cet égard, la caisse fait valoir que la commission de recours amiable a rejeté la demande de M. M, dont rien n'indique qu'il aurait saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale. M. M ne pouvait récupérer les sommes en litige, de manière détournée, par des facturations irrégulières.

12. M. M est donc redevable à la caisse de la somme de 6 640,20 euros à ce titre.

En ce qui concerne les actes surcotés (25 917,60 euros) :

13. Le contrôle effectué par la caisse primaire a permis de constater que M. M avait facturé 3 260 doubles actes cotés AIS3, sans que la durée globale de chaque séance dépasse 30 minutes.

14. Or 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 ».

15. Cet article de la nomenclature n'impose pas aux infirmiers de demeurer systématiquement près du patient pendant 30 minutes, dans l'hypothèse où une durée inférieure à 30 minutes leur permet d'assurer dans les meilleures conditions la réalisation des soins prescrits. En revanche, la prescription de deux AIS3 consécutifs ne peut être justifiée que par des soins ne pouvant être matériellement effectués en moins de 30 minutes. Le fait que l'infirmier réalise ces soins en moins de 30 minutes doit conduire à considérer que les soins prodigués ne répondent pas – qualitativement et/ou quantitativement – à ce que requerrait la prescription ou la démarche de soins infirmiers. L'infirmier ne peut donc facturer plus d'un acte AIS3 par séance de moins d'une demi-heure.

16. La caisse primaire a donc droit à obtenir le reversement de la somme de 25 917,60 euros correspondant aux actes AIS3 facturés en double pour des visites d'une durée inférieure à 30 minutes.

En ce qui concerne les majorations de coordination infirmière injustifiées (1 410 euros) :

17. M. M a facturé, dans les dossiers n^{os} 8 et 9, des majorations de coordination infirmière dont la caisse soutient qu'elles ne peuvent être rapprochés de prescriptions ou démarches de soins portant sur des soins palliatifs ou des pansements lourds et complexes au sens de la nomenclature générale.

18. M. M conteste l'analyse de la caisse dans le dossier n° 8.

19. L'article 23.2 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit que la réalisation à domicile de pansements lourds ou complexes donne lieu à la majoration de coordination infirmière. Conformément à l'article 5, c) des dispositions générales de la nomenclature, ces soins doivent être prescrits pour pouvoir être pris en charge.

20. En l'espèce, les pansements effectués par M. M l'ont été sur la base d'une prescription établie le 8 décembre 2012. La caisse a refusé la prise en charge de ces majorations à compter de la validation d'une nouvelle démarche de soins infirmiers établie le 19 février 2013, au motif que la nouvelle démarche de soins portait seulement sur des soins de nursing et ne prévoyait pas de pansements lourds et complexes. Toutefois, la caisse n'a pas demandé communication de la prescription médicale du 8 décembre 2012. Elle n'établit pas que cette prescription était expirée à la date de validation de la nouvelle démarche de soins.

21. Il n'y a donc pas lieu de mettre à la charge de M. M le remboursement de la somme de 1 355 euros, correspondant aux 271 actes cotés MCI facturés par lui dans le dossier n° 8.

22. En revanche, la caisse primaire soutient, sans être contredite, que, dans le dossier n° 9, onze actes cotés MCI ont été facturés sans que les actes réalisés soient des pansements lourds ou complexes ou des soins palliatifs dûment prescrits. Le montant du trop-versé s'élève à ce titre à 55 euros.

En ce qui concerne les indemnités forfaitaires de déplacement multiples facturées pour des malades résidant dans le même lieu (1 895 euros) :

23. La caisse conteste le droit de M. M au paiement de doubles indemnités forfaitaires de déplacement pour des actes sur des personnes résidant ensemble (1 895 euros).

24. 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 (...)* ».

25. 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.

26. M. M ne pouvait donc facturer plusieurs indemnités forfaitaires quand les patients visités résident ensemble. La caisse a donc droit au remboursement de la somme de 1 895 euros à ce titre.

En ce qui concerne les actes AIS 3 au-delà du quatrième acte quotidien (26 501,85 euros) :

27. M. M n'avait pas droit à la prise en charge des actes AIS 3 au-delà du quatrième acte AIS 3 quotidien, ce plafond étant 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.

Sur les sanctions :

28. Il résulte de ce qui précède que la caisse est donc fondée à demander à M. M, 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 74 825,50 euros (13 816,45 euros + 6 640,20 euros + 25 917 euros + 55 euros + 1 895 euros + 26 501,85 euros).

29. M. M a facturé à la caisse primaire un nombre important d'actes infirmiers de soins, d'indemnités forfaitaires de déplacement et de majorations de jour férié fictifs. En outre, il a facturé de très nombreux actes cotés AIS 3 en doublon, alors, d'une part, que la durée globale de la séance n'excédait pas 30 minutes, en méconnaissance de l'article 11, II du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels, et, d'autre part, qu'il avait déjà fait l'objet d'une procédure de répétition de l'indu pour des raisons similaires au titre de la période de janvier à juillet 2011, pour un montant finalement arrêté à 173 623,98 euros. Eu égard à leur fréquence et à leur nature, ces erreurs ne peuvent découler que d'une intention frauduleuse qui justifie, dans les circonstances de l'espèce, que soit infligée à M. M, sur le fondement du 3° de l'article L. 145-5-2 du code de la sécurité sociale, une sanction d'interdiction temporaire du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux pour une durée de deux ans, qu'il y a lieu d'assortir d'un sursis pour moitié de cette durée.

30. 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. M est condamné à reverser à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 74 825,50 euros (SOIXANTE-QUATORZE MILLE HUIT CENT VINGT-CINQ EUROS ET CINQUANTE 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 2 ans (DEUX ANS), dont 1 an avec sursis, est prononcée à l'encontre de M. M. La première période d'interdiction, d'une durée de 1 an (UN AN), est ferme et prendra effet à la date du 1^{er} septembre 2016. La seconde période d'interdiction, de 1 an (UN AN) également, 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 : Le surplus des demandes de la caisse primaire est rejeté.

Article 5 : La présente décision sera notifiée au directeur général de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, à M. M, 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,
- Mme Laurence Bernard Bizos, Mme Marie-Ange Ferry, Mme Vanessa Luciani, et M. Yves Roux, assesseurs.

Lu en audience publique le 17 juin 2016.

Le président,

La secrétaire de la section,

Renaud Thielé

Guyline Laugier