

**REPUBLIQUE FRANCAISE
TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE
DES BOUCHES DU RHONE
Tour Méditerranée - 12e étage
65 av. Jules Cantini
13298 Marseille cedex 20**

JUGEMENT DU JEUDI 5 NOVEMBRE 2015

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

Numéro Recours: 21202282

Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale des BOUCHES DU RHONE réuni en audience publique
au Palais de Justice de MARSEILLE le JEUDI 3 SEPTEMBRE 2015

M. BRUNET THIERRY, Vice-Président au Tribunal de Grande Instance de Marseille, Président du Tribunal des
Affaires de Sécurité Sociale;

Mme PEIRONE, Secrétaire;

M. SAHRAOUI ABDEL, Membre Assesseur représentant les travailleurs salariés du Régime Général, présent;
M. CASELLA THIERRY, Membre Assesseur représentant les travailleurs non salariés du Régime Général, présent;

EN LA CAUSE

CONTRE

CPCAM des Bouches-du-Rhône, Contentieux Général - Le Patio 29, rue Reboul CS 60007 13364 MARSEILLE CEDEX 10,
représenté(e) par M. AKOUN DENIS en vertu d'un pouvoir régulier, présent

Le Tribunal, après en avoir délibéré conformément à la loi, a statué en ces termes :

LES TERMES DU LITIGE:

Par correspondance reçue le 16 janvier 2012 au secrétariat greffe du tribunal des affaires de sécurité sociales des Bouches-du Rhône, [REDACTED] a entendu contester cette fois la décision explicite de la commission de recours amiable de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône prise le 22 novembre 2011 ayant confirmé la mise en demeure de payer adressée le 29 septembre 2011 par l'organisme de protection sociale, portant sur la mise en recouvrement d'un indu de [REDACTED] [REDACTED] comprenant la somme en principal de [REDACTED] euros assortie d'une majoration de 10%.

Le litige concerne les actes infirmiers de soins (AIS) estimés injustifiés accomplis par [REDACTED] au cours de la période écoulée du 4 mars 2009 au 24 juin 2010.

A l'audience tenue le 3 septembre 2015 sur renvoi du 21 mai 2015, [REDACTED] [REDACTED] a comparu en présence de son conjoint, [REDACTED] soucieux de l'assister devant la juridiction du contentieux général de la sécurité sociale saisie.

Ils entendent faire valoir oralement l'argumentation inscrite dans leurs écritures dont la communication régulière n'est pas en débat, soutenant essentiellement, sur le reproche de surfacturation à l'égard de certains des patients de [REDACTED]

- d'une part l'invalidation pour manquement aux règles de déontologie de l'enquête administrative diligentée par la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône auprès des patients ayant fait apparaître que pour cinq d'entre eux sa présence ne dépasserait pas 30 minutes alors qu'elle facturerait deux AIS3, alors que l'enquête administrative a été menée en totale contradiction avec les instructions du directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie recommandant aux agents de l'organisme de protection sociale d'« éviter de recueillir des témoignages de personnes en insuffisance cognitive », de sorte que la méthodologie de l'enquête, reposant sur l'exploitation par un tiers, est sujette à caution.

Etudiant séparément la situation de [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED] de [REDACTED] et de Madame [REDACTED], [REDACTED] entend souligner que les compte-rendus les concernant traduisent une confusion entre incapacité physique et psychique, que seul un professionnel de santé est apte à prévenir, tandis que les résultats de l'enquête conduisent à des résultats aberrants, pouvant aller jusqu'à la fin d'une tournée dès 10 heures du matin, ou à des situations mettant en cause la réalité ou la qualité des soins, jamais reprochée à la requérante.

Se plaçant sur le terrain du degré de force probante de l'enquête, [REDACTED] souhaite apporter la preuve contraire sur quatre éléments constituant un faisceau d'indices, à savoir les temps de passage par elle déclarés et correspondant à ses horaires de tournée, corroborés par les déclarations de deux patients en pleine possession de leurs facultés intellectuelles, mais aussi le procès-verbal de la Commission d'Application de la Réglementation (CAR) réunie le 27 octobre 2011, dont les membres professionnels infirmiers, tenant compte du faible nombre de personnes constituant sa patientèle, ont proposé la facturation de 3 AIS3 et non pas de deux retenus en phase administrative ultérieure, et encore la validation par le médecin conseil de l'organisme de protection sociale ayant validé des soins correspondant à 2 AIS3.

Au-delà de la prise en considération de ses temps de passage déclarés, représentant entre 45 et 51 minutes de soins par patient le matin, et entre 36 et 42 minutes le soir, [REDACTED] évoque également les actions étroitement liées à ses strictes obligations professionnelles sans avoir fait l'objet de facturation.

- d'autre part, sur l'interprétation de l'article 11 du chapitre I de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) définissant l'AIS3 comme étant une séance de soins d'une demi-heure comprenant l'ensemble des soins réalisés, qui impliquerait pour l'organisme de tutelle de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône, à savoir la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, une pratique minimale de 60 minutes avant de facturer 2AIS, tandis que ce mode strict de facturation ne concernerait pas la première demi-heure de sorte qu'au plan arithmétique s'il est admis que 18 minutes par exemple ont valeur d'un AIS, une pratique de 48 minutes permettrait de prendre en considération 30 minutes constituant un second AIS, alors que l'article 11 de la NGAP ne prévoit pas de seuil de durée minimum à respecter pour un AIS, et que n'est pas démontrée l'impossibilité de pratiquer effectivement les actes concernés en des temps inférieurs à la nomenclature, tout en respectant la qualité des soins.

Soulignant encore, sur la procédure de détermination de l'AIS3, que seul le médecin traitant du patient arrête leur nombre en vue de dispenser les soins nécessités par la pathologie du patient, sans pouvoir dépasser quatre par jour et par patient, le volume de ces actes étant alors validé par le médecin conseil de l'organisme de protection sociale, tandis que la démarche de soins infirmiers (DSI) acceptée pour un patient donné, si elle entérine la prescription d'un certain nombre de séances de soins infirmiers par jour pour ce patient, ne valide pas l'activité journalière du professionnel de santé.

Rapprochant au terme de ses développements son nombre total d'actes remboursés au référentiel régional dont il représente près de la moitié, alors qu'il est par patient sensiblement le même, [REDACTED] soutient avoir deux fois moins de patients que ses confrères mais soumis à des pathologies deux fois plus lourdes, avant de

solliciter de plus fort de la juridiction du contentieux général de la sécurité sociale saisie l'annulation à titre principal de la décision de la commission de recours amiable du 22 novembre 2011 sur l'indu mis en recouvrement à hauteur initiale de [REDACTED] et à titre subsidiaire de tenir compte du surplus horaire pour facturer 3AIS3 et non pas deux ainsi que soutenu par l'organisme de protection sociale, avec effet de ramener l'indu à [REDACTED] et la pénalité à [REDACTED].

S'agissant d'un litige dont l'ampleur dépasse [REDACTED] de sorte que la décision sera prononcée par décision contradictoire et en premier ressort en vertu des dispositions de l'article R 142-25 du Code de la Sécurité Sociale.

L'affaire a été mise en délibéré au 5 novembre 2015.

SUR QUOI LE TRIBUNAL:

Attendu, sur l'exception de procédure opposée par [REDACTED] tendant à faire déclarer irrégulière la procédure suivie par la CAISSE PRIMAIRE CENTRALE D'ASSURANCE MALADIE DES BOUCHES-DU-RHÔNE en amont du déclenchement de son action en répétition d'indu, il convient de souligner que les procès-verbaux établis par les agents assermentés de l'organisme de protection sociale font foi sous réserve de la preuve contraire ;

Que sur ce terrain procédural, [REDACTED] entend faire valoir au préalable que les investigations diligentées par la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône contreviennent aux instructions du directeur général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie recommandant aux agents de contrôle de l'organisme de protection sociale d'« éviter de recueillir des témoignages de personnes en insuffisance cognitive » ;

Attendu Que [REDACTED] a versé aux débats des éléments permettant à la juridiction du contentieux général de la sécurité sociale saisie d'apprécier séparément la situation de six patients au regard du respect de cette règle de déontologie rejoignant celles des plus élémentaires règles de mesure de la fiabilité des témoignages ;

Qu'ainsi un examen pratiqué au sein de la Clinique CASAMANCE d'AUBAGNE sur la personne de [REDACTED] née le 30 janvier 1930, a révélé le 5 octobre 2009 une « atrophie cérébrale marquée fronto temporale bilatérale symétrique » sur antécédents d'Alzheimer et de syndrome dépressif ;

Que le compte rendu du docteur [REDACTED] médecin psychiatre, ayant examiné Monsieur [REDACTED] le 28 novembre 2007 en vue de l'établissement d'un régime juridique de protection, conclut à la présentation d'un « affaiblissement intellectuel dû à une insuffisance circulatoire cérébrale chronique », tandis que Monsieur [REDACTED], fils de Monsieur [REDACTED], met en évidence par voie d'attestation établie le 1er octobre

2011 dans les formes légales les insuffisances cognitives de son père l'ayant amené à vivre chez lui, avant d'indiquer : « *je peux vous certifier que l'infirmier avait passé plus d'une heure avec mon père* » ;

Attendu Que Madame [REDACTED], née le 27 janvier 2013, que le docteur C. [REDACTED] médecin généraliste, décrit dans son certificat établi le 27 juillet 2011 « *impressionnable par toute forme d'autorité* », précise dans une attestation manuscrite du 12 juillet 2011 « *lors du passage de votre inspectrice en 2010, je dois reconnaître que j'ai eu tendance à minimiser le temps de passage des infirmiers car je pensais qu'il s'agissait d'un contrôle qui portait sur les malades et j'avais peur qu'on me supprime des soins s'il apparaissait que ceux-ci étaient trop longs et donc trop coûteux pour la S-Sociale* », avant d'ajouter « *maintenant que je sais que l'enquête ne portait pas sur moi, je tenais à revenir sur mes déclarations initiales pour vous préciser qu'en réalité, ils restent entre 35 et 45 minutes selon la douche et le shampoing* » ;

Qu'ayant dépassé le siècle d'existence, [REDACTED] n'hésitera pas à confier dans la revue municipale de la commune de [REDACTED] où elle s'est installée à partir de 1975, au sujet des secrets de sa longévité, « *je n'ai jamais fumé, ni bu...Je suis également bien soignée et choyée par le corps médical qui m'entoure* » ;

Qu'il n'apparaît toutefois pas inutile de relever dans les pièces contradictoirement débattues qu'au cours de son audition du 22 juillet 2010 par l'agent de contrôle assermenté de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône, elle déclare bénéficiaire de soins infirmiers à domicile depuis deux ans, alors que ce dispositif a été mis en place huit ans auparavant ;

Attendu, s'agissant de la situation de [REDACTED] que le docteur [REDACTED] [REDACTED] médecin généraliste prescripteur des soins destinés à cet assuré social, a certifié le 5 août 2011 que l'équipe d'infirmiers dont fait partie [REDACTED] « *a toujours fait son travail en ce qui concerne plus particulièrement mes patients* », mentionnant un suivi diabétique très lourd ;

Que dans la situation concernant [REDACTED] le docteur [REDACTED] [REDACTED] son médecin généraliste prescripteur, a pour sa part certifié le 27 juillet 2011 que ce patient « *présentait une altération de ses facultés cognitives majeures* » moyennant évaluation d'un Mini Mental State (MMS) de Folstein évalué dès mars 2003 à 12/30 par le docteur [REDACTED] praticien hospitalier en neurologie, avant de souligner que les soins infirmiers importants imposés par son état de santé « *ont toujours été réalisés par nos infirmiers de manière déontologique, en rapport avec mes prescriptions et avec parfois des passages en urgence supplémentaire réalisés à ma demande* » ;

Qu'en outre [REDACTED] a versé au débat judiciaire deux attestations d'infirmières libérales, [REDACTED] établies le 9 août 2011 et faisant état de leur sollicitation par le cabinet d'infirmiers animé par Madame [REDACTED], [REDACTED] faisant partie de cette équipe de soignants, afin d'alléger une patientèle déjà suffisamment prenante et de pouvoir ainsi maintenir la qualité des soins ;

Attendu Qu'en permettant à la juridiction du contentieux général de la sécurité sociale saisie de disposer ainsi en phase décisive d'éléments lui permettant de mesurer les facultés cognitives des patients auditionnés en phase administrative du contrôle effectué par la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône, il apparaît déterminant de la solution du litige, sans que soit utile l'examen de l'argumentation destinée à apporter preuve contraire aux investigations diligentées par l'agent assermenté de l'organisme de protection sociale, de relever le caractère insuffisamment probant des facteurs temporels recueillis auprès d'au moins cinq patients concernés par les prestations en litige et de nature à fonder la remise en question des actes infirmiers de soins (AIS) estimés injustifiés accomplis par [REDACTED] au cours de la période écoulée du 4 mars 2009 au 24 juin 2010 ;

Qu'en conséquence la juridiction du contentieux général de la sécurité sociale saisie, accueillant favorablement l'exception de procédure opposée par la requérante avant toute défense au fond, ne peut qu'entrer en voie d'infirmerie de la décision de la commission de recours amiable de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône prise le 22 novembre 2011 ayant confirmé la mise en demeure de payer adressée à [REDACTED] le 29 septembre 2011 par l'organisme de protection sociale, portant sur la mise en recouvrement d'un indu de [REDACTED] euros comprenant la somme en principal de [REDACTED] euros assortie d'une majoration de [REDACTED]

Attendu Qu'aucune autre demande n'a été formulée à titre principal dans le cadre du présent litige répertorié sous la référence numérique 21202282 ;

Attendu qu'il n'y a pas lieu de statuer sur les dépens, la procédure étant gratuite et sans frais aux termes de l'article R 144-10 du Code de la Sécurité Sociale ;

PAR CES MOTIFS:

Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale statuant par mise à disposition de la décision au greffe, par jugement contradictoire et en premier ressort ;

Vu les articles L 133-4 et L 162-1-7 ainsi que R 133-9-1 du Code de la Sécurité Sociale;

Vu les articles 73 et 74 du Code de procédure civile ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels prise en son article 11 du chapitre I du Titre XVI de sa deuxième partie ;

- **FAIT DROIT** à l'exception de procédure opposée par [REDACTED] à la CAISSE PRIMAIRE CENTRALE D'ASSURANCE MALADIE DES BOUCHES-DU-RHÔNE tenant à l'audition en phase de contrôle administratif de personnes ne disposant pas de facultés cognitives suffisantes pour mesurer le temps consacré aux prestations de soins infirmiers leur ayant été servies, ne peut qu'entrer en voie d'infirmer de la décision de la commission de recours amiable de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône prise le 22 novembre 2011 ayant confirmé la mise en demeure de payer adressée à [REDACTED] le 29 septembre 2011 par l'organisme de protection sociale, portant sur la mise en recouvrement d'un indu de [REDACTED] euros comprenant la somme en principal de [REDACTED] euros assortie d'une majoration de 10% ;

- **DIT** Que cette décision a pour effet d'infirmer la décision de la commission de recours amiable de la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches-du-Rhône prise le 22 novembre 2011 ayant confirmé la mise en demeure de payer adressée à [REDACTED] le 29 septembre 2011 par l'organisme de protection sociale, portant sur la mise en recouvrement d'un indu de [REDACTED] euros comprenant la somme en principal de [REDACTED] euros assortie d'une majoration de [REDACTED] ;

- **DEBOUTE** les parties de l'ensemble de leurs prétentions plus amples ou contraires;

- **DIT** n'y avoir lieu à statuer sur les dépens de l'instance;

- **DIT** Que tout appel de la décision doit, à peine de forclusion, être interjeté dans le mois de la réception de sa notification.

LA SECRETAIRE
M. PEIRONE



Notifié le :

- 9 NOV. 2015

LE PRESIDENT
Th. BRUNET