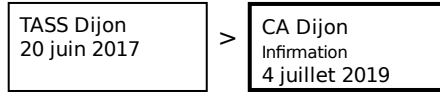


# Cour d'appel de Dijon, Chambre sociale, 4 juillet 2019, n° 17/00954

## Chronologie de l'affaire

---



## Sur la décision

---

Référence : CA Dijon, ch. soc., 4 juill. 2019, n° 17/00954

Juridiction : Cour d'appel de Dijon

Numéro(s) : 17/00954

Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Dijon, 20 juin 2017, N° 16/285

Dispositif : Infirmation la décision déférée dans toutes ses dispositions, à l'égard de toutes les parties au recours

## Sur les personnes

---

Président : Philippe HOYET, président

Avocat(s) : Elsa GOULLERET

Cabinet(s) : SELARL ESTEVE GOULLERET & ASSOCIES

Parties : CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE COTE D'OR (CPAM)

## Texte intégral

---

KH/FF

X-I Y

C/

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Côte d'Or (CPAM)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE – AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

COUR D'APPEL DE DIJON

CHAMBRE SOCIALE

ARRÊT DU 04 JUILLET 2019

MINUTE N°

N° RG 17/00954

Décision déférée à la Cour : Arrêt Au fond, origine Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de

DIJON, décision attaquée en date du 20 Juin 2017, enregistrée sous le n° 16/285

APPELANTE :

X-I Y

[...]

[...]

comparante en personne, assistée de M<sup>e</sup> Elsa GOULLERET de la SELARL ESTEVE-GOULLERET & ASSOCIES, avocat au barreau de DIJON

INTIMÉE :

Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Côte d'Or (CPAM)

[...]

[...]

[...]

représenté par M<sup>me</sup> D E (Chargée d'audience) en vertu d'un pouvoir général en date du 1<sup>er</sup> janvier 2019

COMPOSITION DE LA COUR :

En application des dispositions de l'article 945-1 du code de procédure civile, l'affaire a été débattue le 21 Mai 2019 en audience publique, les parties ne s'y étant pas opposées, devant M N, Président de Chambre et Karine HERBO, Conseiller, chargés d'instruire l'affaire. Ces magistrats ont rendu compte des plaidoiries lors du délibéré, la Cour étant alors composée de :

M N, Président de Chambre, président,

Karine HERBO, Conseiller,

Gérard LAUNOY, Conseiller,

GREFFIER LORS DES DÉBATS : K L,

ARRÊT : rendu contradictoirement,

PRONONCÉ par mise à disposition au greffe de la cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile, SIGNÉ par M N, Président de Chambre, et par K L, Greffier, à qui la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

FAITS ET PROCEDURE

A la suite d'une analyse administrative de l'activité de M<sup>me</sup> Y, infirmière libérale, au titre des facturations d'actes réalisés en 2014 et 2015, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a notifié à cette dernière un indu de 24 990,18 euros au titre du non-respect des dispositions de Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Le 10 mars 2016, M<sup>me</sup> Y a saisi la commission de recours amiable de la CPAM d'un recours à titre conservatoire.

Le 10 juin 2016, M<sup>me</sup> Y a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de Côte-d'Or d'un recours contre la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie, laquelle a, par décision du

21 décembre 2016 accueilli partiellement le recours en ramenant l'indu à la somme de 24 622,84 euros.

Par jugement du 20 juin 2017, le tribunal des affaires de sécurité sociale a confirmé la décision de la commission de recours amiable.

M<sup>me</sup> Y a interjeté appel de cette décision.

Par conclusions contradictoirement échangées, visées par le greffier, et soutenues oralement à l'audience,

M<sup>me</sup> Y demande à la cour d'infirmer le jugement, de débouter la CPAM de l'ensemble de ses demandes et de condamner cette dernière au paiement de la somme de 4 000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

outre les dépens.

la CPAM demande à la cour de confirmer le jugement déferé, de débouter M<sup>me</sup> Y de l'ensemble de ses demandes et de la condamner aux dépens.

A l'audience du 21 mai 2019, la CPAM a précisé qu'elle abandonnait le moyen tiré de l'irrecevabilité de l'appel.

Conformément aux dispositions de l'article 455 du code de procédure civile, la cour renvoie, pour un plus ample exposé des faits, de la procédure et des moyens des parties, auxdites conclusions.

#### DISCUSSION

Attendu qu'il résulte de la combinaison des articles L. 133-4, L. 162-1-7 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale et des articles 5 et 7 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels, annexée à l'arrêté du 27 mars 1972 modifié, que les actes de soins effectués par les infirmiers ne peuvent donner lieu à remboursement que dans les conditions fixées à cette nomenclature générale ;

que, sans effectuer de distinction entre actes relevant du rôle propre de l'infirmier ou infirmière et autres actes, l'article 5 de la première partie de la nomenclature indique que seuls peuvent être pris en charge ou remboursés par les caisses d'assurance maladie, en ce qui concerne les auxiliaires médicaux, les actes qu'ils ont effectués personnellement, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'une prescription médicale écrite qualitative et quantitative et qu'ils soient de leur compétence ;

Sur le non-respect des dispositions de l'article 10 chapitre 1<sup>er</sup> titre XVI de la NGAP

Attendu que l'article 10 chapitre 1<sup>er</sup> titre XVI de la NGAP prévoit la prise en charge de l'administration et de la surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques ;

que la CPAM a constaté un indu dans les actes réalisés par M<sup>me</sup> Y de ce chef au motif qu'aucune des ordonnances des médecins ayant prescrit les soins ne visait des troubles psychiatriques ou cognitifs ;

Attendu que, se référant à l'article 7 de la nomenclature générale, M<sup>me</sup> Y invoque la règle selon laquelle, lorsqu'un accord ou une entente préalable est exigé, le silence gardé durant quinze jours par un organisme de sécurité sociale vaut décision d'acceptation ; qu'elle soutient que faute pour la CPAM de prouver avoir contesté, dans ce délai, les cotations qu'elle lui a proposées dans le cadre des démarches de soins envoyées, il y a eu acceptation ou approbation tacite des cotations proposées pour les soins visés ;

Mais attendu que l'entente découlant du silence gardé est toutefois inopérante lorsque les actes dont la prise en charge fait l'objet de la demande ne répondent pas aux conditions de la nomenclature, qu'ils ne sont pas inscrits au nombre des actes en relevant ou qu'ils ne sont pas susceptibles d'être pris en charge ;

qu'aux termes de l'article 10 susvisé, la formalité de l'entente préalable n'est exigée qu'au-delà du premier mois de soins ; que M<sup>me</sup> Y ne peut donc soutenir que le fait d'avoir envoyé une demande d'entente préalable pour ces soins avant la fin du premier mois a régularisé sa démarche alors que les prescriptions ne contenaient pas la mention de troubles psychiatriques ou cognitifs ; que pas plus, M<sup>me</sup> Y ne peut arguer de l'avenant n° 6 d'avril 2019 pour justifier la prise en charge des actes non conformes en 2014-2015 ;

que M<sup>me</sup> Y ne peut arguer d'une demande d'entente préalable dans le cadre d'une démarche de soins infirmiers (DSI) imposant la prise en charge globale du patient pour justifier les facturations contestées alors que dans le cadre d'une DSI, il est alloué un forfait pour l'ensemble de la prise en charge ;

Attendu que M<sup>me</sup> Y ne peut justifier sa facturation en invoquant le secret médical opposé par certains médecins alors qu'en application de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale, la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisée par un professionnel de santé, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article, l'inscription sur la liste pouvant elle même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation ;

que l'article 10 susvisé impose bien la mention des troubles psychiatriques, la mention de troubles cognitifs étant tolérée par la caisse ;

Attendu que, pour justifier de la pertinence de la facturation, M<sup>me</sup> Y produit des attestations complémentaires des médecins prescripteurs ainsi que des courriers de la CPAM ayant finalement accepté la facturation pour certains des patients visés par l'indu ;

que la CPAM réplique qu'une infirmière ne peut régulariser a posteriori par la production d'une prescription rectificative de la facturation opérée ;

Mais attendu que si un infirmier ou une infirmière ne peuvent régulariser a posteriori des actes réalisés en dehors d'une prescription médicale, les soins pratiqués en l'espèce ont été exécutés conformément à la prescription, la mention de troubles psychiatriques ou cognitifs ne figurant pas sur l'ordonnance relevant de la responsabilité du médecin ; qu'ainsi, si le médecin atteste, même a posteriori, que les troubles psychiatriques ou cognitifs pour lesquels il a établi la prescription étaient pré-existants à l'acte, les conditions de l'article 10 susvisé sont remplies et aucun indu ne saurait être retenu ;

que par ailleurs, la CPAM a, sur demande d'une infirmière, confirmé la prise en charge de l'administration et surveillance d'une thérapeutique orale au domicile des patients présentant des troubles psychiatriques (article 10) quand le prescripteur est un CH psychiatrique ;

qu'ainsi, aucun indu ne saurait être retenu à l'encontre de M<sup>me</sup> Y pour les patients Arabian (178,54 euros), Barraux (815,40 + 251,40 euros), Baverel (137,45 euros), Blot (173,35 + 907,80 euros), Bontemps (759,58 + 631,16 euros), Franzi (759,56 + 1 561,21 euros + 1 495,48 + 494,58 euros), Londechamp (1 476,70 + 847,84 euros), Magrin (178,39 + 1 239,89 + 1 457,58 + 551 euros), B (135,88 euros), Pouilly (1 094,14 euros), Riviera (76,55 euros), F G (606 + 757 euros), F H ( 606 + 757 + 1 538 euros), Seguin (297 euros) et Testa (3 040,58 euros) ;

qu'en revanche, M<sup>me</sup> Y ne justifiant d'aucune prescription mentionnant des troubles psychiatriques ou cognitifs lors de l'exécution des actes ni de l'existence desdits troubles, l'indu doit être confirmé pour les patients Boudin (14 euros) et Maldant (1 269,72 euros) ;

que l'indu au titre de l'article 10 chapitre 1<sup>er</sup> titre XVI de la NGAP doit donc être fixé à la somme de 1 283,72 euros ;

Sur le non-respect de l'article 11 chapitre 1<sup>er</sup> titre XVI de la NGAP

Attendu que l'article 11 chapitre 1<sup>er</sup> titre XVI de la NGAP est relatif aux soins infirmiers à domicile pour un patient en situation de dépendance temporaire ou permanente, dans un contexte d'élaboration d'une démarche de soins infirmiers ;

qu'aux termes de cette disposition :

— la séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de 4 au maximum par 24 heures, comprend l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie, visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne,

— la cotation forfaitaire par séance inclut l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmier réalisés au cours de la séance, la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle,

— par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler notamment avec la cotation d'une perfusion, telle que définie au chapitre

II du présent titre, ou d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse ;

Attendu que s'agissant du cas de M<sup>me</sup> Z, la CPAM reproche à M<sup>me</sup> Y de facturer les soins qu'elle effectue dans le cadre des démarches de soins infirmiers pour cette patiente en n'incluant pas dans la cotation forfaitaire l'ensemble des actes relevant de la compétence de l'infirmière réalisés au cours de la séance et d'avoir ainsi procédé à un cumul de soins en une seule séance ; que la caisse souligne que les soins réalisés à la même date que les soins d'hygiène et pouvant être effectués au cours d'une même séance sont inclus dans la cotation forfaitaire de la DSI cotée AIS 3 et des actes AMI ne peuvent être facturés concomitamment ; que M<sup>me</sup> Y a facturé pour la DSI du 15 juin 2015 92 AIS 3 + 89 AMI 1 + 180 IFA + 88 MAU + 29 F alors qu'elle aurait du facturer 92 AIS 3 + 92 IFA + 15 F, les actes AMI 1 et leurs accessoires devant être inclus dans la facturation forfaitaire des AIS 3 ;

que M<sup>me</sup> Y fait valoir qu'au-delà de la démarche de soins infirmiers non remise en cause par la CPAM, elle a effectué un troisième passage tous les soirs dans le but d'une surveillance du traitement pris par la patiente, une demande d'entente préalable ayant été établie à cette fin sur prescription du docteur A et non rejetée par la CPAM ;

Mais attendu que la cour a d'ores et déjà relevé que l'entente découlant du silence gardé est toutefois inopérante lorsque les actes dont la prise en charge fait l'objet de la demande ne répondent pas aux conditions de la nomenclature, qu'ils ne sont pas inscrits au nombre des actes en relevant ou qu'ils ne sont pas susceptibles d'être pris en charge ;

que ce moyen ne peut donc justifier facturation de M<sup>me</sup> Y et l'indu, à hauteur de 436,80 euros, doit être maintenu ;

Attendu que s'agissant d'actes non prescrits, l'indu portait sur des prescriptions d'actes de biologie ; que la CPAM a refusé sa prise en charge dès lors que l'acte de prélèvement n'avait pas été ordonné qu'il soit fait par une infirmière et/ou au domicile du patient ;

que la commission de recours amiable ayant accepté la prise en compte des prescriptions médicales mentionnant un prélèvement au domicile du patient, il ne subsiste aucun indu de ce chef ;

Attendu que, s'agissant du non-respect de la prescription médicale, il s'agit du cas de M<sup>me</sup> B entre le 27 juillet 2015 et le 13 août 2015 pour une somme de 26,86 euros ; que la CPAM explique que la cotation effectuée par M<sup>me</sup> Y n'était pas justifiée au regard des soins figurant sur la prescription et qu'elle a donc rectifié la cotation en ne sollicitant au titre de l'indu que le différentiel ;

que M<sup>me</sup> Y ne peut justifier a posteriori la réalisation des actes avec une ordonnance modificative ; que l'indu de ce chef doit être confirmé ;

Attendu que sur la cotation AM14 pour M<sup>me</sup> C, la CPAM a relevé un indu de 50,40 euros au motif que la surveillance hebdomadaire de l'état général n'était pas prescrite ;

que M<sup>me</sup> Y ne peut justifier sa facturation en expliquant que la prescription en cause a été faite par le médecin remplaçant et que celui-ci a omis de spécifier cette surveillance hebdomadaire de l'état général alors qu'il appartient à l'infirmière d'appliquer et respecter la prescription médicale ; qu'il lui appartenait en cas de difficulté de faire rectifier la prescription avant son intervention ; que cet indu doit en conséquence être confirmé ;

Sur les dépens

Attendu que chaque partie succombant partiellement en ses prétentions, il convient de dire que chacune conservera la charge de ses propres dépens.

PAR CES MOTIFS

La cour,

Infirme le jugement déferé,

Statuant à nouveau,

Infirme partiellement la décision de la commission de recours amiable du 21 décembre 2016,

Condamne M<sup>me</sup> Y à payer à la CPAM de Côte-d'Or la somme indue de 1 797,78 euros (mille sept cent quatre vingt dix sept euros et soixante dix huit centimes),

Dit n'y avoir lieu à application de l'article 700 du code de procédure civile,

Dit que chacune des parties conservera la charge de ses propres dépens.

Le Greffier Le Président

K L M N