

Cour d'appel d'Aix-en-Provence, 14e chambre, 28 mars 2018, n° 15/15983

Informations

Juridiction : Cour d'appel d'Aix-en-Provence

Numéro(s) : 15/15983

Parties : Organisme CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAR

Président : Gérard FORET-DODELIN, président

Avocats : Stephane CECCALDI, Charlotte SIGNOURET

Décision attaquée : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Toulon, 30 juillet 2015

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

Texte intégral

COUR D'APPEL D'AIX-EN-PROVENCE

14^e Chambre

ARRÊT AU FOND

DU 28 MARS 2018

N°2018/260

N° RG 15/15983

N° Portalis DBVB-V-B67-5KQF

D E F épouse X

C/

Organisme CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAR

Grosse délivrée

le :

à :

M^e Charlotte SIGNOURET, avocat au barreau de MARSEILLE

M^e Stéphane CECCALDI, avocat au barreau de MARSEILLE

Copie certifiée conforme délivrée aux parties le :

Décision déferée à la Cour :

Jugement du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de TOULON en date du 30 Juillet 2015, enregistré au répertoire général sous le n° 21300803

APPELANTE

Madame D E F épouse X[...]

représentée par M^e Charlotte SIGNOURET, avocat au barreau de MARSEILLE

INTIMEE

Organisme CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU VAR, [...]

représentée par M^e Stéphane CECCALDI, avocat au barreau de MARSEILLE

*_*_*_*_*_*

Ce magistrat a rendu compte des plaidoiries dans le délibéré de la Cour composée de :

M. Gérard FORET-DODELIN, Président

Madame Florence DELORD, Conseiller

Madame Marie-Pierre SAINTE, Conseiller

Greffier lors des débats : M^{me} B C.

Les parties ont été avisées que le prononcé de la décision aurait lieu par mise à disposition au greffe le 28 Mars 2018

ARRÊT

Contradictoire,

Prononcé par mise à disposition au greffe le 28 Mars 2018

Signé par M. Gérard FORET-DODELIN, Président et M^{me} Cyrielle GOUNAUD, greffier auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

Madame X, infirmière libérale conventionnée, travaillant en association avec sa collègue, Madame Y, à Nans les Pins (83860), a fait appel d'un jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale du Var du 30 juillet 2015 qui a rejeté son recours dirigé contre la demande de restitution d'un indu sur des facturations d'actes de soins AIS3 pratiqués au domicile de ses patients en 2011, et l'a condamnée à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 16429,32 euros dont 481,62 euros au titre des frais de déplacement.

Par ses dernières conclusions développées à l'audience de plaidoirie du 28 février 2018, elle a demandé à la Cour d'infirmer le jugement, d'annuler les notifications des 23 juillet et 13 décembre 2012 ainsi que la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable, saisie le 12 février 2013, de rejeter les demandes de la caisse, et de la condamner à lui payer la somme de 5000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Par ses dernières conclusions développées à l'audience, la caisse primaire d'assurance maladie a demandé à la Cour de confirmer le jugement et de condamner l'appelante à lui payer la somme de 2000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

MOTIFS DE LA DECISION

Suite à un contrôle de facturation, la caisse primaire d'assurance maladie a constaté que Madame X s'était fait rembourser plus de 34 AIS3 par jour, à plusieurs reprises au cours de l'année 2011 et lui a notifié une demande de restitution des sommes indues, les 23 juillet et 13 décembre 2012, au visa de l'article L133-4 du code de la sécurité sociale.

Sur la régularité de la procédure de recouvrement des indus

Madame X conteste la validité des notifications précitées, qui auraient émané d'agents de la caisse non assermentés.

La notification du 23 juillet 2012 avait été faite par Madame Z, directeur-adjoint de la caisse, par délégation du directeur de la caisse, M. Grente.

L'entretien sollicité par l'infirmière, qui a eu lieu le 20 août 2012, a été mené par Madame Z et par Madame A, responsable du département Gestion des Risques, qui ont examiné tous les points de contestation soulevés par l'infirmière à partir des tableaux résultant des opérations de contrôle et de vérification.

La notification du 13 décembre 2012 est signée par M. Grent, directeur de la caisse.

La direction de la caisse a validé les vérifications faites par les agents de la caisse.

L'appelante, qui n'avait d'ailleurs pas soulevé de difficulté sur ce point dans ses recours datés des 9 janvier et 12 février (saisine de la commission de recours amiable) 2013, ne justifie d'aucune nullité et d'aucun grief.

La Cour rejette la demande d'annulation fondée sur ce motif.

Madame X soutient également que la notification de l'indu n'était pas motivée.

La Cour constate que la première notification évoque des anomalies concernant les soins et les déplacements : des soins sont facturés pour des journées de plus de 34AIS3, pour le seul régime général, alors que certains patients peuvent relever d'autres régimes, et que, pour les seuls soins cotés AIS3, il ne semblait pas qu'elle ait pu mobiliser les moyens correspondant à la somme de ces facturations; par ailleurs elle facturait également des déplacements multiples pour des soins prodigués à des personnes vivant dans un même lieu.

Le tableau des anomalies était joint en annexe.

Elle n'émettait pourtant aucune contestation sur ce point dans ses lettres des 9 janvier et 12 février 2013 précitées.

La critique n'est pas justifiée.

La Cour constate que les notifications étaient suffisamment motivées et rejette la demande d'annulation fondée sur ce motif.

L'appelante n'invoque aucun moyen pour conclure à l'annulation de la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable.

La Cour déclare régulière la procédure de recouvrement des indus.

Sur l'application des règles de facturation des soins

L'appelante fait valoir que le seuil de 34 AIS3 par jour a été fixé par une décision unilatérale de la caisse dont ni elle-même ni aucun des infirmiers du département n'avait été informé avant le contrôle, et qu'en tout état de cause, ses journées de travail étaient en parfaite cohérence avec les DSI acceptées par la caisse.

Elle soutient qu'elle a toujours prodigué ses soins avec honnêteté, dans les règles de l'art et dans le respect de ses obligations professionnelles et morales, à la satisfaction des patients et de leur famille dont elle a justifié en produisant quelques attestations.

Elle indique que sa bonne foi avait été reconnue par la caisse, puisqu'aucune pénalité financière ne lui avait été infligée.

La caisse fait valoir que le seuil de 34AIS3 par jour qui correspond à 17 heures de travail permet de garantir la qualité des soins dispensés à des patients particulièrement dépendants.

La Cour rappelle que la «démarche de soins infirmiers à domicile», prévue par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) en son titre XVI, permet, notamment, la réalisation de séances de soins infirmiers cotés AIS et affectés du coefficient 3.

Selon ce texte, la séance, d'une durée d'une demi-heure, comprend « l'ensemble des actions de soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie », mais aussi « la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle. (...) » (article 11, § II, du titre XVI).

Il sera rappelé que les patients qui ont besoin des soins cotés AIS3 (essentiellement des soins de toilette) sont dépendants, malades, souvent âgés et isolés, et que leur fragilité les retiendra (comme leurs familles) de critiquer ceux qui ont pour mission de les aider.

La durée minimale de la séance s'impose à l'auxiliaire médical et ne comprend pas uniquement les soins prescrits.

Par ailleurs, et sans décompter le temps consacré à ses déplacements, l'infirmier peut aussi accomplir d'autres actes que ceux qui sont cotés AIS3.

Selon l'article 11 précité, un seuil journalier maximal de 4 AIS3 par patient avait été prévu.

Ni la NGAP, ni aucun texte réglementaire ou conventionnel n'a prévu de fixer un seuil maximal pour l'activité journalière de l'infirmier.

Toutefois, la convention nationale du 22 juin 2007 issue des négociations entre les organismes d'assurance maladie et les organisations syndicales des infirmiers libéraux a été conclue afin, notamment, de garantir la qualité des soins infirmiers tout en valorisant l'activité des infirmiers et en préservant l'équilibre économique de l'assurance maladie.

Chaque caisse ayant la qualité d'organisme payeur, responsable de sa gestion devant son autorité de tutelle, est tenue d'exercer un contrôle de l'activité quotidienne des auxiliaires médicaux, selon le principe qu'un trop grand nombre d'actes quotidiens nuit à la qualité des soins prodigués aux patients, nonobstant les comportements frauduleux et les activités fautives ou abusives dont ces contrôles permettent la détection.

Ainsi, et pour respecter à la fois le texte de l'article 11 de la NGAP relatif à la durée minimale d'une séance, et la convention nationale du 22 juin 2007, l'organisme social devait déterminer un seuil d'activité quotidien permettant de garantir à la fois la qualité des soins dispensés à des patients particulièrement dépendants, et également une juste rémunération des infirmiers.

C'est dans ce contexte global, et selon les régions, que la plupart des caisses ont considéré que le seuil d'activité maximal de 30 à 34 AIS3 par jour, hors déplacements, était raisonnable, les pénalités financières n'étant appliquées qu'en cas de comportements frauduleux.

Contrairement à ce que soutient l'appelante, la détermination d'un seuil maximal d'activité n'a pas été

sanctionnée par la juridiction administrative (CE 23 novembre 2016).

Ni les règles relatives aux droits de la défense devant une juridiction, ni les règles relatives aux contrôles des employeurs soumis à cotisations sociales, ne sont applicables aux contrôles de l'activité des auxiliaires médicaux exercés par l'organisme social, qui n'est ni une juridiction ni un organisme de recouvrement de cotisations sociales.

Il ne peut donc être reproché à la caisse de ne pas avoir délivré à l'appelante une information préalable quant au nombre d'actes admissibles.

Par ailleurs, si l'appelante soutient que «la seule solution est une évolution de la NGAP», suggérée par la directrice de la Gestion du Risque dans une

séances de soins infirmiers (de type AIS ou AIM), par tranche de 24 heures et pour un patient nommé désigné.

L'accord, explicite ou tacite, de la caisse ne valide nullement l'activité journalière du personnel infirmier.

De plus, cet accord ne vaut que si les conditions de délivrance des soins s'accordent aux règles de prise en charge, ce qui justifie les contrôles réalisés a posteriori par les caisses.

A ce jour, de nombreuses juridictions de l'ordre judiciaire ont déjà validé une limitation à 34 AIS3 par jour, hors temps de trajet, en considérant qu'une amplitude de 17 heures était « parfaitement raisonnable ».

Sur les montants à restituer

Par application de l'article L133-4 du code de la sécurité sociale, si les règles de prise en charge ne sont pas respectées, l'organisme social est fondé à récupérer le montant des sommes correspondant à la part des actes et prestations qui sortent du champ d'application de ces règles.

Dès lors, l'argument selon lequel la restitution aboutirait à l'absence de rémunération d'actes qui ont pourtant été exécutés, n'est pas pertinent puisque cette restitution est la conséquence d'un manquement à une règle conventionnelle et à des critères dont la légalité n'a pas été remise en cause.

La somme à restituer correspond d'ailleurs aux actes excédentaires.

L'appelante qui fait état de l'organisation de son travail hebdomadaire par rotation avec sa collègue, a démontré qu'elle travaillait 17 heures par jour; or, le tableau réalisé par la caisse à partir de ses feuilles de soins montre qu'elle facturait parfois jusqu'à 50 AIS3, soit 25 heures, payées par la caisse.

La demande de restitution de la somme de 16429,32 euros, dont 481,62 euros de frais de déplacements (réglés en août 2016) était donc fondée.

La Cour confirme le jugement dont appel.

PAR CES MOTIFS

La Cour statuant par arrêt contradictoire,

Confirme le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale du Var du 30 juillet 2015, sauf à déduire la somme de 481,62 euros remboursée en cours d'instance,

Et y ajoutant:

Déboute Madame X de ses demandes.

La dispense de payer le droit prévu par l'article R144-10 alinéa 2 du code de la sécurité sociale,

Condamne Madame X à payer à la caisse primaire d'assurance maladie la somme de 800 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

LE GREFFIER LE PRESIDENT