

N° 389486

Mme C... et autres

1^{ère} sous-section jugeant seule

Séance du 3 décembre 2015

Lecture du 6 mai 2016

CONCLUSIONS

M. Jean LESSI, rapporteur public

La prise en charge par l'assurance maladie des actes et prestations réalisés par un professionnel de santé est subordonnée à leur inscription sur une liste établie par l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM). La hiérarchisation des actes résulte de l'inscription sur la liste et de l'affectation d'un code déterminé en fonction de la nature de l'acte, et d'un coefficient, en fonction de sa difficulté et de son coût pour le praticien. Une fois l'acte inscrit et hiérarchisé par l'UNCAM, c'est par voie conventionnelle qu'un tarif est assigné à chaque code. Par décision du 21 juillet 2014, l'UNCAM a modifié la liste des actes et prestations infirmiers pris en charge par l'assurance maladie, notamment en ce qui concerne les actes de perfusion. On passe, pour faire simple, d'une logique de cotation de chacune des composantes de la perfusion (préparation, pose, changement de flacon, etc.) à une logique de cotation forfaitaire des séances de perfusion, tenant compte de leur durée et de la fonction de surveillance remplie par l'infirmier.

Trois lignes nous intéresseront plus particulièrement : la création d'un « forfait pour séance de perfusion courte, d'une durée inférieure ou égale à une heure, sous surveillance continue » (affectée d'une lettre-clé AMI ou SFI et d'un coefficient 9) ; d'un « supplémentaire forfaitaire pour surveillance continue d'une perfusion au-delà de la première heure, par heure, avec un maximum de cinq heures » (coefficient 6) ; et d'un « forfait pour séance de perfusion d'une durée supérieure à une heure, avec organisation d'une surveillance » (coefficient 14) ;

Les requérants, infirmiers, ont formé un recours gracieux par lequel ils ont demandé le retrait de ladite décision. Ce recours a été rejeté par une décision du collège des directeurs de l'UNCAM du 10 février 2015. Ce sont ces deux décisions dont les requérants demandent l'annulation. L'UNCAM a produit un mémoire en défense et le ministre des observations.

Le moyen tiré de la méconnaissance de l'obligation d'information préalable prévue à l'article R. 162-52 du CSS manquant en fait, venons-en au cœur de la requête.

La nouvelle classification porterait atteinte à l'indépendance professionnelle des pharmaciens, protégée par l'article R. 4123-9 du code de la santé publique¹, et qui suppose notamment selon les requérants la maîtrise du temps passé auprès des patients. La crainte des

¹ « L'infirmier ou l'infirmière ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. Il ne peut notamment accepter une rétribution fondée sur des obligations de rendement qui auraient pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance. »

requérants est que les organismes locaux d'assurance maladie n'interprètent la durée des séances inscrite dans la nomenclature comme imposant pour chaque séance une durée minimale, alors même que cela ne répondrait pas aux besoins du patient, et que les caisses s'appuient sur le constat d'un nombre excessifs de séances par jour travaillé, au regard de leur durée minimale présumée, pour sanctionner les infirmiers en leur demandant de rembourser les indus correspondants. Par exemple, un infirmier facturant pour une journée donnée 18 séances de perfusion, réputées durer chacune une heure, risquerait d'être regardé soit comme un stakhanoviste dangereux pour la qualité des soins, soit comme l'auteur de facturations frauduleuses. Les infirmiers seraient donc pris entre le marteau de la sanction, s'ils en font trop, et l'enclume du risque de devoir rester auprès de chaque patient au moins une heure, alors même qu'une durée bien inférieure conviendrait tout autant médicalement, et donc de ne pas en faire assez.

Vous pourrez rassurer les requérants en écartant leur moyen – leur requête est même explicite sur le souhait, à titre principal, d'obtenir une interprétation neutralisante. Il nous semble résulter de la lettre même de la décision attaquée que les séances de perfusion courte sont d'une durée « inférieure ou égale à une heure », et que les infirmiers ne seront pas obligés de rester plus que nécessaire, sans risquer de voir leurs « factures » rejetées par les caisses primaires. Pour cette raison, le parallèle qu'ils tracent avec la jurisprudence judiciaire en matière de forfait de soins infirmiers à domicile ne nous paraît pas pertinent. L'article 11, II du titre XVI de la NGAP cote ces forfaits « par séance d'une demi-heure », sans préciser « d'une durée inférieure ou égale ». Sur ce fondement, rédigé bien différemment du nôtre, la cour de cassation, saisie de litiges de remboursements d'indu imposés à des infirmiers trop zélés, a jugé que la durée de la séance s'imposait à l'auxiliaire médical, non sans avoir rappelé que cette exigence de durée avait un sens, s'agissant d'une séance comprenant un ensemble d'actions de soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie visant à protéger, maintenir, restaurer ou compenser les capacités d'autonomie de la personne (Cass. Civ. 2^{ème}, 12 mars 2015, n° 14-14647, inédite au Bull.)². Pour les mêmes raisons, la décision attaquée n'est entachée ni d'EMA ni de détournement de pouvoir.

Quant au dernier moyen, d'incompétence négative, il devra lui aussi en tout état de cause être écarté dans un sens donnant raison aux requérants, qui soutiennent que la décision attaquée reste imprécise sur le point de savoir si le supplément forfaitaire prévu pour la surveillance de la perfusion « au-delà de la première heure, par heure », suppose que chaque heure supplémentaire soit simplement entamée, ou qu'elle soit entièrement effectuée. La même imprécision règnerait sur la question de savoir si le maximum de cinq heures est apprécié par séance ou par jour. Mais la lettre est très claire, et confirmée par l'interprétation qu'en donne l'UNCAM en défense : toute heure entamée peut être facturée, et la nomenclature permet de prendre en charge jusqu'à 6 heures de surveillance continue sur prescription médicale pour une perfusion (il est logique qu'on raisonne par acte, et non par journée !)

Par ces motifs nous concluons à ce que vous donniez raison aux requérants en rejetant leur requête, et en mettant, tout de même, à leur charge le versement d'une somme de 200 euros chacun au profit de l'UNCAM au titre de l'article L. 761-1 du CJA.

² Rappelons que l'article L. 162-1-7 du CSS prévoit que « (...) L'inscription sur la liste peut 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. (...) »