

**Cour de cassation, Deuxième chambre civile, 28 mai 2014, n° 13-19460
(NGAP - Actes infirmiers - Remboursement - Prescription médicale)**

28/05/2014

Une caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) avait demandé à un infirmier libéral un indu correspondant à des séances cotées « AIS 3 » réalisés en 2010 ainsi que la prise en charge de majorations de nuit et de jours fériés, au motif qu'il s'agissait d'actes non conformes aux prescriptions médicales. Le tribunal des affaires de sécurité sociale avait fait droit à la demande de l'infirmier au motif notamment que la caisse ne pouvait répéter l'indu faute de s'être opposée à la prestation au stade de l'examen de la demande d'entente préalable. Or, la Cour de cassation casse et annule le jugement en relevant que « *la nomenclature générale des actes professionnels n'autorise le remboursement des actes effectués par un auxiliaire médical que s'ils font l'objet d'une prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, ce qui rendait inopérante la demande d'entente préalable pour le surplus des séances qui n'étaient pas mentionnées par cette prescription* ». Ainsi, par cette décision, la Cour de cassation rappelle que la nomenclature des actes professionnels (NGAP) ne permet pas à un infirmier d'obtenir le remboursement de séances de soins cotés « AIS 3 » (actes infirmiers de soins) au-delà du nombre qu'avait prescrit le médecin.

Cour de cassation

chambre civile 2

Audience publique du mercredi 28 mai 2014

N° de pourvoi: 13-19460

Publié au bulletin Cassation

Mme Flise (président), président
Me Foussard, SCP Bouloche, avocat(s)

**REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS**

LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, a rendu l'arrêt suivant :

Donne acte à la caisse primaire d'assurance maladie Y. du désistement de son pourvoi en ce qu'il est dirigé contre le ministre chargé de la sécurité sociale ;

Sur le premier moyen, pris en sa première branche :

Vu les articles L. 133-4, L. 162-1-7 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale, ensemble les articles 5 et 7 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels, annexée à l'arrêté du 27 mars 1972 modifié ;

Attendu qu'il résulte de la combinaison de ces textes que les actes de soins effectués par les infirmiers ne peuvent donner lieu à remboursement que dans les conditions fixées à la nomenclature générale des actes professionnels ;

Attendu, selon le jugement attaqué, rendu en dernier ressort, que la caisse primaire d'assurance maladie Y. (la caisse) a notifié à M. X..., infirmier libéral, un indu correspondant à des séances de soins cotées « AIS 3 », effectuées en 2010, ainsi qu'à la prise en charge de majorations de nuit et de jours fériés, au motif qu'il s'agissait d'actes non conformes aux prescriptions médicales ; que M. X... a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale ;

Attendu que pour déclarer la caisse mal fondée dans sa demande en répétition de l'indu, le jugement, après avoir relevé qu'il est reproché par la caisse la facturation d'actes cotés AIS 3 en nombre supérieur à la prescription, énonce que l'intéressé a respecté le maximum de quatre AIS 3 par jour et n'a pas réclamé le remboursement d'actes inexistant dans la nomenclature ; qu'il ajoute que l'entente préalable, tacitement acceptée par non-réponse dans le délai de quinze jours, est opérante et fait obstacle à ce que la caisse puisse réclamer ultérieurement la répétition des sommes versées en invoquant la non-conformité de la cotation adoptée aux prescriptions médicales ;

Qu'en statuant ainsi, alors que la nomenclature générale des actes professionnels n'autorise le remboursement des actes effectués par un auxiliaire médical que s'ils ont fait l'objet d'une prescription médicale écrite, qualitative et quantitative, ce qui rendait inopérante la demande d'entente préalable pour le surplus des séances qui n'étaient pas mentionnées par cette prescription, le tribunal a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres griefs du pourvoi :

CASSE ET ANNULE, en toutes ses dispositions, le jugement rendu le 28 mars 2013, entre les parties, par le tribunal des affaires de sécurité sociale Y. ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit jugement et, pour être fait droit, les renvoie devant le tribunal des affaires de sécurité sociale d'Amiens ;

Condamne M. X... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande de M. X... et le condamne à payer à la caisse primaire d'assurance maladie Y. la somme de 2 500 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite du jugement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du vingt-huit mai deux mille quatorze.

Le conseiller référendaire rapporteur le président

Le greffier de chambre

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyens produits par Me Foussard, avocat aux Conseils, pour la caisse primaire d'assurance maladie Y.

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Le jugement attaqué encourt la censure ;

EN CE QU'il a décidé que la CPAM Y. était mal fondée à demander un indu à Monsieur X... à hauteur de 1.388,69 euros ;

AUX MOTIFS QUE « en application des dispositions de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale, la caisse primaire d'assurance maladie Y. a délivré à Monsieur X..., infirmier libéral exerçant principalement au sein du Pavillon Girardin, une mise en demeure datée du 2 janvier 2012 d'avoir à payer la somme de 1.262,45 euros en principal outre 126,24 euros de majorations, soit 1.388,69 euros au total, à titre de répétition de sommes indûment versées pour l'année 2010 ; qu'en application de l'article 7 de la NGAP et hors cas particuliers, pour les actes soumis à une demande d'entente préalable,

l'absence de réponse dans un délai de quinze jours vaut acceptation tacite par la caisse ; qu'une caisse primaire d'assurance maladie ayant accepté tacitement de prendre en charge des actes soumis à la formalité de l'entente préalable en approuve la cotation à la nomenclature générale des actes professionnels et ne peut ultérieurement invoquer les dispositions de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale pour recouvrer après du praticien les prestations qu'elle a versées ; que cependant, la demande d'entente préalable, même acceptée, est inopérante si cette demande dépasse le nombre d'actes autorisés par jour par la nomenclature ou lorsqu'elle concerne des actes n'existant pas dans la nomenclature ; qu'en l'espèce, il est reproché par la caisse primaire la facturation d'actes cotés AIS 3 en nombre supérieur à la prescription ; que la caisse primaire d'assurance maladie Y. ne conteste pas avoir été destinataire de demandes d'entente préalable formées dans les délais et auxquelles elle n'a pas répondu sous quinze jours ; que, concernant les AIS 3, le maximum fixé par la NGAP est de quatre par jours ; que l'étude des différents tableaux versés aux débats démontre que Monsieur X... a respecté le maximum de 4 AIS 3 par jour et n'a pas demandé le remboursement d'actes inexistant dans la nomenclature ; que l'entente préalable a donc été tacitement acceptée par non-réponse dans le délai de quinze jours ; qu'elle est dès lors opérante et fait obstacle à ce que la caisse ne puisse réclamer ultérieurement la répétition des sommes versées en invoquant non-conformité de la cotation adoptée aux prescriptions médicales ; que le même raisonnement s'applique aux majorations pour jour férié et déplacement annexées aux actes AIS 3 facturés » ;

ALORS QUE, PREMIÈREMENT, si l'accord de la CPAM consécutif à une demande d'entente préalable, qu'il soit implicite ou non, exclut une contestation ultérieure de la part de la CPAM à notamment dans le cadre d'un indu à fondée sur la qualification de l'acte au regard de la nomenclature, en revanche, l'accord ne s'oppose en aucune façon à ce que la CPAM notifie un indu si elle constate qu'à raison d'une règle, étrangère à la qualification, l'acte ne pouvait donner lieu à prise en charge ; qu'en écartant l'indu, bien que le nombre d' AIS3 réalisés par jour ait été supérieur aux prescriptions médicales, quand la nomenclature exige qu'il y ait conformité entre le nombre d' AIS3 réalisés et les prescriptions médicales, les juges du fond ont violé les articles L 133-4 et L 162-1-17 du code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, DEUXIÈMEMENT, et une nouvelle fois, en refusant de maintenir l'indu, s'agissant des majorations de nuit, quand elles n'avaient pas été prescrites, ce qu'exige la nomenclature, les juges du fond ont violé les articles L 133-4 et L 162-1-17 du code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, TROISIÈMEMENT, et pour la même raison, les juges du fond ne pouvaient refuser de maintenir l'indu s'agissant des majorations pour jour férié, dès lors que les prestations ne correspondaient pas aux prescriptions médicales comme l'exige la nomenclature ; qu'une nouvelle fois, les juges du fond ont violé les articles L 133-4 et L 162-1-17 du code de la sécurité sociale.

SECOND MOYEN DE CASSATION

Le jugement attaqué encourt la censure ;

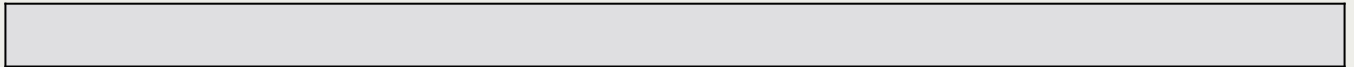
EN CE QU'il a décidé que la CPAM Y. était mal fondée à demander un indu à Monsieur X... à hauteur de 1.388,69 euros ;

AUX MOTIFS QUE « en application des dispositions de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale, la caisse primaire d'assurance maladie Y. a délivré à Monsieur X..., infirmier libéral exerçant principalement au sein du Pavillon Z. , une mise en demeure datée du 2 janvier 2012 d'avoir à payer la somme de 1.262,45 euros en principal outre 126,24 euros de majorations, soit 1.388,69 euros au total, à titre de répétition de sommes indument versées pour l'année 2010 ; qu'en application de l'article 7 de la NGAP et hors cas particuliers, pour les actes soumis à une demande d'entente préalable, l'absence de réponse dans un délai de quinze jours vaut acceptation tacite par la caisse ; qu'une caisse primaire d'assurance maladie ayant accepté tacitement de prendre en charge des actes soumis à la formalité de l'entente préalable en approuve la cotation à la nomenclature générale des actes professionnels et ne peut ultérieurement invoquer les dispositions de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale pour recouvrer après du praticien les prestations qu'elle a versées ; que cependant, la demande d'entente préalable, même acceptée, est inopérante si cette demande dépasse le nombre d'actes autorisés par jour par la nomenclature ou lorsqu'elle concerne des actes n'existant pas dans la nomenclature ; qu'en l'espèce, il est reproché par la caisse primaire la facturation d'actes cotés AIS 3 en nombre supérieur à la prescription ; que la caisse primaire d'assurance maladie Y. ne conteste pas avoir été destinataire de demandes d'entente préalable formées dans les délais et auxquelles elle n'a pas répondu sous quinze jours ; que, concernant les AIS 3, le maximum fixé par la NGAP est de quatre par jours ; que l'étude des différents tableaux versés aux débats démontre que Monsieur X... a respecté le maximum de 4 AIS 3 par jour et n'a pas demandé le remboursement d'actes inexistant dans la nomenclature ; que l'entente préalable a donc été tacitement acceptée par non-réponse dans le délai de quinze jours ; qu'elle est dès lors opérante et fait obstacle à ce que la caisse ne puisse réclamer ultérieurement la répétition des sommes versées en invoquant non-conformité de la cotation adoptée aux prescriptions médicales ; que le même raisonnement s'applique aux majorations pour jour férié et déplacement annexées aux actes AIS 3 facturés » ;

ALORS QUE, PREMIÈREMENT, en toute hypothèse, faute d'avoir recherché comme il le lui était demandé (conclusions de la CPAM, p. 2 alinéa 4 et suivants et pp. 7-8) si, la prescription médicale portant sur deux actes AIS3 par jour et non quatre, la facturation d'actes cotés n'excédait pas la prescription médicale et n'était pas à ce titre insusceptible de remboursement, les juges du fond ont privé leur décision de base légale au regard des articles L 134-4 et L 162-1-17 du code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, DEUXIÈMEMENT, en toute hypothèse, faute d'avoir recherché comme il le lui était demandé (conclusions de la CPAM, p. 6 alinéas 5-6) si l'entente préalable permettait la pratique et donc la facturation de majorations de nuit, les juges du fond ont privé leur décision de base légale au regard des articles L 134-4 et L 162-1-17 du code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, DEUXIÈMEMENT, en toute hypothèse, faute d'avoir recherché comme il le lui était demandé (conclusions de la CPAM, p. 6 alinéas 5-6) si l'entente préalable permettait la facturation de majorations de jour férié, les juges du fond ont privé leur décision de base légale au regard des articles L 134-4 et L 162-1-17 du code de la sécurité sociale ;



Le greffier de chambre