

# L'infirmière face au défi de la cotation : le cas épineux de l' AIS 3

21 mai 2019

Cabinet AVICENNE AVOCATS

En partenariat avec le CMPS

# Cabinet AVICENNE AVOCATS

**Adresse :** 1 PLACE DU TEMPLE – 26000 VALENCE

**Tél :** 09 81 28 24 38

**Mail :** [contact@avicenne-avocats-sante.fr](mailto:contact@avicenne-avocats-sante.fr)

**Site internet :** <https://avicenne-avocats-sante.fr/>



# Cabinet AVICENNE AVOCATS

**Création le 1<sup>er</sup> avril 2014**  
**Deux associées et une collaboratrice**

- **Marion HASSAIN**

*Master 2 Droit médical et pharmaceutique*  
*DU Traumatismes crânio-cérébraux*  
*DU Médiateur*  
*Membre du Comité d'éthique du CH de Valence*

- **Noëlle TERTRAIN**

*Certificat de spécialisation Droit du dommage corporel*  
*DIU Traumatismes crânio-cérébraux*  
*DU Expertise médicale*  
*DU Actions et contentieux de la sécurité sociale*  
*DESS Contentieux administratif*  
*Membre du Comité de protection des personnes Lyon Sud-Est III*

# Cabinet AVICENNE AVOCATS

## DOMAINES D'ACTIVITÉS

- ❖ **Droit de la santé** (responsabilité médicale, fonction publique hospitalière, création de sociétés de professionnels de santé, litiges entre professionnels de santé...)
- ❖ **Droit du dommage corporel** (accidents de la route et de la circulation, agression, transfusion sanguine, mediator...)
- ❖ **Droit de la sécurité sociale** (accidents du travail, santé et sécurité au travail, litiges entre professionnels de santé et les organismes sociaux type CPAM...)
- ❖ **Contentieux administratif** (litiges avec une administration d'État, territoriale, hospitalière...)
- ❖ **Droit des obligations** (contrats, responsabilité des fabricants, fournisseurs...)
- ❖ **Droit social** (relations individuelles et collectives du travail).

# PLAN

- **Partie 1 : Rappel de quelques grands principes et applications courantes de la cotation**
- **Partie 2 : l' AIS 3**

# Partie 1

- **Article L. 161-29 du CSP** : « *Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels ... dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ... communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit... ».*
- **Article 5 des dispositions générales de la NGAP** : « *...ne peuvent être pris en charge par l'Assurance Maladie que les actes prescrits et inscrits au titre XVI de la NGAP... ».*

# Partie 1

- Le système de santé ne peut reposer sur une liberté des honoraires, et, dans une moindre mesure, sur une liberté totale de prescription.
- Le système repose sur une convention : sont remboursés par les organismes sociaux les prestations assurées par les personnes conventionnées selon un tarif « négocié » entre l'assurance maladie et les professionnels,
- Les prestations sont énumérées en listes dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels
- Pour les infirmières la convention est signée tous les 5 ans. La dernière date du 29 mars 2019 (Plus exactement avenant 6 à la Convention nationale).

# Partie 1

## Il ressort des textes que :

- Pour qu'un acte soit remboursé il faut :
  - Qu'il soit prescrit par un médecin
  - Qu'il figure dans la nomenclature
- Il sera remboursé selon la convention
- Tous les actes infirmiers listés dans le décret des actes relevant de la compétence infirmière ne sont pas listés à la NGAP
- En toile de fond : la maîtrise des dépenses

# Partie 1

- **1. L'acte dont il est demandé le remboursement doit être prescrit.**

**La prescription doit être antérieure aux soins** : Dans une affaire jugée en 2018 (*Civ. 2ème, 15 février 2018, pourvoi n° 17-10269*), la CPAM a réclamé un indu pour des séances de soins infirmiers (soins quotidiens). Les IDE n'avaient pas d'ordonnances mais des certificats médicaux du médecin qui justifiaient le besoin des soins réalisés.

**La preuve de la nécessité des soins s'efface devant l'absence de prescription** : Il faut donc systématiquement **réclamer une ordonnance** avant tout soins auprès du médecin sous peine de ne pas être remboursé ou d'être dans une demande de remboursement par la Caisse.

Ne pas hésiter à demander au médecin d'écrire « Séances de soins infirmiers » en lieu et place de : « pose bas de contention » ou « toilettes », toute chose qui ne sont pas dans la NGAP.

# Partie 1

Un IDE n'a aucune obligation de vérifier auprès de chaque médecin s'il est l'auteur de la signature ou d'autres mentions manuscrites portant son nom comme prescripteur : *Cass, Crim, 15 mai 2018, pourvoi n° 17-81965*.

Des signatures avaient été apposées sur des prescriptions ou feuilles de DSI qui n'étaient pas du médecin dont elles étaient supposées émaner;

L'identification du falsificateur était impossible et il n'était pas établi que l'IDE avait lui-même falsifié ou fait usage des prescriptions en sachant qu'elles avaient été falsifiées.

# Partie 1

- 2. Les actes doivent correspondre à la nomenclature

- ❖ Il peut exister des soucis d'interprétation. C'est la faille dans laquelle s'immisce l'assurance maladie qui...ne gagne pas toujours.

- ❖ Exemple, rare... : *Cass, Civ 2<sup>ème</sup>, 6 juillet 2017, pourvoi n° 16-20925*

- La NGAP prévoit la réalisation du bilan diagnostic kinésithérapique (BDK) obligatoire pour tout TRT supérieur ou égal à 10 séances.
- La Caisse de Côte d'Or soutenait dans cette affaire que les séances devaient avoir été faites.
- La Cour de cassation a considéré que le texte ne précisait pas que seules les séances effectivement réalisées devaient être supérieures à 10 séances et non les séances prescrites par le médecin. Si le médecin a prescrit 10 séances, le kiné est en droit de facturer le BDK dès le début des traitements.

# Partie 1

- **Un acte qui est prescrit par un médecin mais n'est pas mentionné par la NGAP ne sera pas remboursé :**
  - Ex : CA, Grenoble, 15 novembre 2018, RG n° 16/02257 : le médecin avait prescrit des soins d'hygiène sur certaines ordonnances mais pas sur toutes. Il avait prescrit également un soutien psychologique.
  - Malgré son attestation selon laquelle les soins d'hygiène avaient toujours été nécessaires et dans la mesure où le soutien psy n'est pas dans la NGAP, l'indu de 2776 € a été considéré comme justifié.

# Partie 1

Attention : une entente préalable ne vous couvre pas.

Au visa de l'article L.165-1 et de l'article R.165-23 du Code de la sécurité sociale, La Cour de cassation a rappelé dans un arrêt du 18 juin 2015 (n°14-20.258) qu' « aucune prise en charge ne peut être imposée à l'organisme d'assurance maladie lorsque les formalités de l'entente préalable n'ont pas été accomplies, soit par l'assuré, soit par le professionnel de santé qui fait bénéficier ce dernier de la dispense d'avance des frais ».

Mais, même si l'accord a été obtenu, la CPAM peut argumenter que les actes n'ont pas été réalisés conformément à la NGAP et l'entente préalable ne couvre plus rien.

- ❖ La Cour de cassation considère que le silence de la caisse vaut approbation tacite
  - pour la réalisation des actes visés
  - et pour la cotation des actes proposée à l'appui de la demande d'entente préalable.
    - Par conséquent, l'organisme d'assurance maladie qui est demeuré silencieux ne peut réclamer un indu audit praticien en se fondant sur cette cotation (*Cass. soc., 26 sept. 2002, no 01-20.064*).
- Mais cette jurisprudence ne peut s'appliquer que si la cotation indiquée dans la demande d'entente préalable ne viole pas les règles de la tarification applicable aux dépenses en question,
- Désormais, la Cour de cassation considère qu'une demande d'entente préalable est inopérante et donc insusceptible de fonder une décision tacite d'acceptation opposable à la caisse, lorsqu'elle porte sur des dépenses de santé qui ne relèvent pas des prestations devant être remboursées au titre de l'assurance maladie ou lorsque la cotation retenu pour ces dépenses dans la demande d'entente préalable viole les règles de tarification applicables à ces dépenses.

## EX : Cour d'appel de Montpellier, 8 juillet 2015, n° 12/08489

- *« 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 par l'assurance maladie ou encore qu'ils recourent à une technique déclarée non conforme aux données acquises de la science .*
- *Il en est de même lorsque l'acte réalisé ne correspond pas à la prescription médicale.*
- *Par contre, la caisse ne saurait réclamer le remboursement d'un acte réalisé après accomplissement de la formalité de l'entente préalable, au motif que l'état de l'assuré ne nécessitait pas qu'un tel acte soit pratiqué .Le silence gardé à ce moment là par les praticiens conseils vaut en effet approbation de ce que l'état de l'assuré nécessitait la réalisation du traitement prescrit. »*

# Partie 1

## 2- 1 : Majoration de nuit ou de dimanche (article 14 de la NGAP)

- La prescription doit indiquer la **nécessité impérieuse** d'une exécution de nuit ou être **rigoureusement quotidienne**.
- C'est le traitement qui doit imposer le passage de nuit ou le dimanche, ni l'IDE, ni la patient.
- Si le patient mange tard et que l'insuline est faite après 20h, pas de majoration de nuit.
- Si passage tôt pour une prise de sang parce que les laboratoires collectent tôt, pas de majoration possible. Seule possibilité : facturer le surcoût au patient.
- On ne peut cumuler nuit et dimanche. Si dimanche de nuit : majoration de nuit

# Partie 1

- **Affaire jugée par le CE (26 juillet 2018, requête n° 409631) :**

CPAM de la Gironde attrait un IDE devant la SAS de la chambre disciplinaire du Conseil régional de l'Ordre des infirmiers d'Aquitaine.

Lui est reproché, entre janvier 2012 et août 2013 d'avoir facturer à tort 316 majorations de nuit pour la même patiente avec un préjudice de 25 168 € pour la Caisse.

Chambre 1<sup>er</sup> instance : interdiction d'exercice de 3 mois dont 2 avec sursis et remboursement des 25 168 €.  
Appel de l'IDE : chambre nationale porte la somme à 28 059 € et suspension de 4 mois dont 2 avec sursis.

Pourvoi devant le CE :

- ✓ La prescription du médecin doit indiquer la **nécessité impérieuse** d'une exécution de nuit.
- ✓ En l'espèce le médecin avait indiqué des soins à domicile avant 8 heures mais ne mentionnait pas une nécessité impérieuse.

# Partie 1

- **2-2 : les indemnités forfaitaires de déplacement (IFD) et les indemnités kilométriques (IK).**
  - ❖ **Les IFD sont une somme fixe par profession, quelque soit le patient et le déplacement effectué.**
    - C'est donc une indemnité forfaitaire
    - Qui se facture en plus des actes
    - Quand domicile professionnel de l'IDE et résidence du patient sont dans la même agglomération ou si distance < à 2kms en plaine et 1 km en montagne.

# Partie 1

## ❖ Les indemnités kilométriques (IK).

- Elles s'appliquent lorsque le patient n'est pas dans la même agglomération et que le professionnel doit effectuer un trajet  $>$  à 2 kms en plaine ou 1 km en montagne (c'est l'adresse du cabinet qui détermine si plaine ou montagne).
- Les IK sont calculées pour chaque patient à partir du cabinet jusqu'à la résidence du patient. Si 5 patients dans la même ville, 5 IK (remise en cause par CPAM 73),
- sont retirés 2 kms ou 1 km selon si plaine ou montagne

### Attention :

- Le calcul se fait en fonction du domicile du professionnel conventionné le plus proche du patient,
- Un même déplacement doit être compté si couple ou enfant/parent ou personnes habitant sous le même toit (maisons de retraite).

# Partie 1

## Notion d' « agglomération »

- Le texte de la NGAP indique : « *Lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du professionnel de santé ne sont pas situés dans la même agglomération et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine ou 1 km en montagne, les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique* ».
- La question se pose donc quant à la notion d'agglomération.
- L'assurance maladie veut imposer un lecture où hors agglomération = rupture de continuité entre communes.
- Or dans les zones très densément peuplées, il est possible de faire des dizaines de kilomètres sans rupture de continuité.
- D'où des usages et tolérances diverses selon les Caisses. Attention : en cas de contentieux c'est toujours le texte qui va l'emporter.
- Nouvel avenant 6 signé le 29 mars 2019 : un groupe de travail conventionnel doit viser à clarifier les indemnités kilométriques et la notion d'agglomération et les possibilités de dérogation à la règle du professionnel le plus proche.

## Partie 2: l' AIS 3

- La séance de soins infirmiers est définie par l'article 11 § II, du titre XVI de la nomenclature générale des actes professionnels :
- « Séance de soins infirmiers, par séance d'une demi-heure, à raison de quatre au maximum par 24 heures :
- La séance de soins infirmiers 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 avec la cotation d'une perfusion, telle que définie au chapitre Ier ou au chapitre II du présent titre, ou d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse.
- La cotation de séances de soins infirmiers est subordonnée à l'élaboration préalable de la démarche de soins infirmiers. Ces séances ne peuvent être prescrites pour une durée supérieure à trois mois. Leur renouvellement nécessite la prescription et l'élaboration d'une nouvelle démarche de soins infirmiers ».

## L'AIS 3, c'est pour les toilettes: vrai ou faux ?

Le texte de la NGAP ne fait nullement référence à la toilette ou nursing.

En revanche, l'article 11 § II de la NGAP fait référence à la notion de « soin liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie », qui renvoie au texte de base de la profession, à savoir l'article R. 4311-3 sur le rôle propre.

La nomenclature, qui a la valeur d'un arrêté ministériel, doit respecter les textes de valeur supérieure que sont les décrets, et la définition de l'article 11 § II de la NGAP s'interprète donc par rapport au décret de compétences.

Le rôle propre est défini par l'article R. 4311-3 CSP, avec le principe de la compétence exclusive de l'infirmier :

« Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes.

Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5, R. 4311-5-1 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. »

- AIS3 = rôle propre = « soins liées aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie ».
- IDOAE

## R4311-2 CSP:

« Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques. Ils ont pour objet, dans le respect des droits de la personne, dans le souci de son éducation à la santé et en tenant compte de la personnalité de celle-ci dans ses composantes physiologique, psychologique, économique, sociale et culturelle :

1° De protéger, maintenir, restaurer et promouvoir la santé physique et mentale des personnes ou l'autonomie de leurs fonctions vitales physiques et psychiques en vue de favoriser leur maintien, leur insertion ou leur réinsertion dans leur cadre de vie familial ou social ;

2° De concourir à la mise en place de méthodes et au recueil des informations utiles aux autres professionnels, et notamment aux médecins pour poser leur diagnostic et évaluer l'effet de leurs prescriptions ;

3° De participer à l'évaluation du degré de dépendance des personnes ;

4° De contribuer à la mise en oeuvre des traitements en participant à la surveillance clinique et à l'application des prescriptions médicales contenues, le cas échéant, dans des protocoles établis à l'initiative du ou des médecins prescripteurs ;

5° De participer à la prévention, à l'évaluation et au soulagement de la douleur et de la détresse physique et psychique des personnes, particulièrement en fin de vie au moyen des soins palliatifs, et d'accompagner, en tant que de besoin, leur entourage. »

- Nous avons ici le canevas de la DSI

- R4311-5 CSP: Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage :
  - 1° Soins et procédés visant à assurer l'hygiène de la personne et de son environnement ;
  - 2° Surveillance de l'hygiène et de l'équilibre alimentaire ;
  - 3° Dépistage et évaluation des risques de maltraitance ;
  - 4° Aide à la prise des médicaments présentés sous forme non injectable ;
  - 5° Vérification de leur prise ;Etc. (42 points)

- La séance de soins infirmiers est l'outil juridique qui permet le maintien à domicile de personnes présentant un handicap ou un déficit d'autonomie liée à la santé, notamment en santé mentale. Cette présence quotidienne et attentive permet de repérer tous les signes avant-coureurs d'amélioration ou de dégradation de l'état de santé. De même, doit être souligné tout ce qui concerne le consentement, par l'acceptation des soins dans la longue durée ce qui n'est pas évident, et devient un vrai gage pour la protection de la santé, dans le respect de la personnalité du patient. Enfin, on ne souligne jamais assez à quel point les infirmiers à domicile exercent l'esprit de l'éducation thérapeutique, avec une vraie responsabilisation du patient qui doit devenir acteur dans la prise en charge et non pas objet de la prise en charge.

*\*source : inflib.com*

# La problématique des 30 minutes

- Les débats selon les caisses de sécurité sociale et dans la jurisprudence sont nombreux.
- Généralement les caisses considèrent que passé environ 30 AIS par jour, la qualité des soins n'est pas assurée et qu'il y a surcotation de la part de l'infirmier (règle de la division par deux).
- Cela conduit à la mise en œuvre d'une procédure d'indus.
- Il convient donc d'être prudents et de réserver la cotation en 2 AIS<sub>3</sub> à un soin qui dépasse largement les 30 minutes.
- Le problème est que tous les actes qui relèvent de la compétence de l'infirmier ne sont pas cotables par la NGAP

Par exemple, si la prescription ne stipule pas précisément « séance de soins infirmiers », mais une série de soins qui ne sont pas cotables par la NGAP (comme une douche ou la pose de bas de contention), une caisse pourrait contester la cotation en AIS 3 même si très concrètement l'infirmier y a consacré du temps de travail lié aux « fonctions d'entretien et de continuité de la vie. »

- La durée de 30 minutes a été interprétée par la Cour de cassation
- 12 mars 2015, n°14-14647: « la caisse a fixé à 17 heures l'amplitude de travail au-delà de laquelle la qualité des soins ne peut plus être garantie, ce qui équivaut à un nombre d'actes de 34 par jour à quoi il faut ajouter les temps de déplacements au domicile des patients ; que cette amplitude est parfaitement raisonnable »
- 17 décembre 2015, n°14-29007: « qu'il peut être admis que la durée effective de la séance de soins infirmiers n'est pas strictement de trente minutes, le forfait incluant la tenue du dossier de soins et de la fiche de liaison éventuelle, diligences que l'infirmier peut accomplir en différé ; que, cependant, la NGAP étant d'application stricte, une telle différence de durée, au bénéfice ou au détriment de l'organisme social, ne saurait être que de quelques minutes pour chaque séance de soins infirmiers ; qu'il appartient en effet au praticien concerné d'apprécier, lors de la prescription, la durée des soins nécessités par l'état du patient pour prescrire le nombre de séances nécessaires ; qu'il retient que, s'agissant de séances d'une demi-heure, selon les termes de la NGAP, il ne saurait être admis que soient facturées deux séances d'une demi-heure dès lors que la trente cinquième minute est atteinte. »

- CA Lyon, 28/06/18: La Cour admet une part de souplesse en constatant que l'infirmier respecte le texte et la qualité des soins avec 34 AIS 3 par jour, ce qui rend acceptable une durée de 20mn (cela étant soumis à une appréciation de bonne foi en fonction de la nécessité et de la tenue du dossier).

Surtout, la Cour liste des soins qualifiés comme « conséquents et variés » en se référant aux articles R4311-1 et R4311-5. Sont retenus comme faisant partie intégrante de la séance de l'infirmier les actes relationnels.

La Cour réaffirme donc le rôle propre de l'infirmier.

# Comprendre la gymnastique de la cotation

- L' AIS 3 est une cotation à la durée, peut importe le nombre d'actes qui ont été réalisés durant cette durée de 30mn  
Cotation à l'acte/cotation au forfait
- L' AIS 3 ne peut être coté que s'il est prescrit une séance de soins infirmiers
- L'infirmier doit établir une DSI en s'appuyant sur le rôle propre qu'il détient des textes (rôle large)
- En cas de contrôle, l'infirmier doit pouvoir établir la traçabilité de ses soins (au moyen de la DSI et du dossier médical du patient).

# Les cumuls possibles avec l'AIS 3

- L'AIS englobe tous les soins d'une séance sauf trois actes: par dérogation à cette disposition et à l'article 11 B des dispositions générales, la séance de soins infirmiers peut se cumuler avec la cotation:
  - d'une perfusion (chapitre II articles 3,4 et 5)
  - d'un pansement lourd et complexe nécessitant des conditions d'asepsie rigoureuse (AMI 4)
  - d'une séance à domicile, de surveillance clinique et de prévention pour un patient à la suite d'une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO). Décision Uncam du 28/02/17 – JO 27/06/17

# Et plus tard ?

## Quelques thèmes proposés :

- Les procédures en répétition de l'indu,
- L'avenant 6 de la convention,
- L'infirmière en pratique avancée...

# Le Cabinet AVICENNE AVOCATS vous remercie de votre participation et attention

Pour en savoir plus ?... Nous inviter ou nous proposer une prochaine intervention:

**Adresse :** 1 PLACE DU TEMPLE – 26000 VALENCE

**Tél :** 09 81 28 24 38

**Mail :** [contact@avicenne-avocats-sante.fr](mailto:contact@avicenne-avocats-sante.fr)

**Site internet :** <https://avicenne-avocats-sante.fr/>

