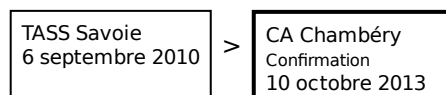


Cour d'appel de Chambéry, 10 octobre 2013, n° 13/00053

Chronologie de l'affaire



Sur la décision

Référence :CA Chambéry, 10 oct. 2013, n° 13/00053

Juridiction :Cour d'appel de Chambéry

Numéro(s) : 13/00053

Décision précédente :Tribunal des affaires de sécurité sociale de Savoie, 5 septembre 2010, N° 20090450

Sur les personnes

Avocat(s) :Sylvie MORARDET-VALLET

Cabinet(s) :PADZUNASS - SALVISBERG ET ASSOCIES

Parties :CAISSE PRIMAIRE D' ASSURANCE MALADIE DE LA SAVOIE

Texte intégral

COUR D'APPEL DE CHAMBÉRY

CHAMBRE SOCIALE

Sécurité Sociale

ARRÊT DU 10 OCTOBRE 2013

RG : 13/XXX

B C

C/ CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA SAVOIE - SCP MAISON MEDICALE DE Z

Décision déferée à la Cour : Jugement du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de la SAVOIE en date du 06 Septembre 2010, Recours N° 20090450

APPELANT :

Monsieur B C

né le XXX à XXX

XXX

XXX

73340 Z

Comparant, assisté de M^e MORARDET VALLET, (SELARL PADZUNASS SALVISBERG, avocats au barreau d'ALBERTVILLE)

INTIMEES :

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA SAVOIE

Service Contentieux

XXX

Représentée à l'audience par M^{me} X, agent dûment munie du pouvoir spécial

SCP MAISON MEDICALE DE Z, partie intervenante volontaire

XXX

73340 Z

Partie intervenante volontaire : non comparante, ni représentée

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 11 Juin 2013 en audience publique devant la Cour composée de :

Monsieur. LACROIX, Président, qui s'est chargé du rapport,

Madame MERTZ, Conseiller

Monsieur ALLAIS, Conseiller

qui en ont délibéré (délibéré initialement prévu au 08 octobre 2013, et prorogé au 10 octobre 2013, les parties en ayant été régulièrement avisées),

Greffier lors des débats : M^{me} ALESSANDRINI,

Faits, procédure et prétentions des parties

Par lettre recommandée avec demande d'avis de réception en date du 21 mars 2008, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Savoie a notifié à B C, exerçant une activité d'infirmier libéral à Z, un constat d'anomalies portant sur des surfacturations quasi systématiques de ses indemnités kilométriques afférentes à ses déplacements pour se rendre au domicile de chacun de ses malades, sur la base de la distance séparant son cabinet de chaque destination, alors que selon l'analyse faite par ladite Caisse de son activité, il devait réaliser l'ensemble de ses visites au cours de la même journée, sur un même parcours, et que la facturation de ses frais de déplacement devait donc être limitée à la distance effective parcourue, par référence aux dispositions de l'article 13 de la nomenclature générale des actes professionnels; B C a été informé de ce qu'une étude de l'effectivité de ces remboursements était engagée et qu'il serait avisé de la suite donnée à cette affaire.

Par lettre en date du 18 mars 2009, expédiée par colissimo recommandé remis contre signature, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Savoie a notifié à B C, conformément aux dispositions de l'article L 133-4 et de l'article R 133-9-1 du code de la sécurité sociale, un indu s'élevant à la somme totale de 158'542,91 €, qu'il était invité à régler dans le délai d'un mois et qui correspondait :

— à un surplus injustifié de 2 721,60 €, sur des facturations de frais inhérents aux soins prodigués à des malades résidant à l'intérieur de la même agglomération que cet infirmier, lesquels frais ne pouvaient donner lieu qu'au paiement d'une indemnité forfaitaire,

— à des frais de déplacement facturés pour chacun des assurés résidant au Foyer Logement Maurice Perrier du CHATELARD, soit à une somme totale de 20'744,30 €, en méconnaissance des dispositions de l'article 13-1 de la nomenclature générale des actes professionnels, prévoyant une seule facturation de frais de déplacement pour se rendre à l'établissement en vue d'y effectuer des actes sur plus d'un patient,

— à des doubles facturations pour les mêmes soins, représentant un montant total de

2 984,65 €,

— à une surfacturation de frais de déplacement calculés sur une même tournée, en additionnant les trajets entre le domicile de chacun des malades et le cabinet médical de départ, pour un montant indu de 132'092,36 €, au total, correspondant à un total de 293'539 kilomètres qui n'avaient pas été réellement parcourus.

En l'absence d'observation de la part de B C, celui-ci a été mis en demeure de procéder au paiement de la somme de 174'397,20 €, correspondant au montant de l'indu majoré de 10 %, par lettre en date du 11 mai 2009 expédiée par colissimo recommandé.

Saisie par B C, le 8 juin 2009, d'une contestation portant sur l'indu de 158'542,91€, qui lui avait été notifié par la CPAM de Savoie, la commission de recours amiable de ladite caisse a maintenu l'évaluation à la somme de 158'542,91 €, de l'indu réclamé à cet infirmier, en écartant tous les moyens présentés par l'intéressé, aux termes d'une décision prononcée le 1^{er} septembre 2009.

Par jugement rendu le 20 octobre 2009, le tribunal de grande instance de Chambéry, statuant sur une assignation délivrée par l'URSSAF de Savoie, a ouvert, à l'égard de B C, une procédure de redressement judiciaire, a fixé provisoirement au 4 août 2009 la date de cessation des paiements, a désigné M. D-E F en qualité de mandataire judiciaire, a ouvert une période d'observation, qui a été prolongée ensuite en vertu de décisions successivement rendues par le même juridiction et au cours de laquelle le débiteur a été autorisé à poursuivre son activité libérale d'infirmier.

Saisi par B C d'un recours contre la décision prise par la commission de recours amiable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Savoie, formé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception expédiée le 26 octobre 2009, et statuant par jugement rendu le 6 septembre 2010, le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Savoie a débouté B C de l'ensemble de ses prétentions et l'a condamné à rembourser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Savoie la somme de 158'542,91€, assortie de majorations de retard évaluées à 15'854,29 €, et à payer ainsi à ladite caisse la somme globale de 174'397,20 €, outre un défraiement de 1500 €, en vertu de l'article 700 du code de procédure civile.

Par lettre recommandée avec demande d'avis de réception en date du 22 septembre 2010, dépourvue de mention apparente relative à la date d'expédition de cette lettre, B C a formé un appel, portant sur tous les chefs de cette décision, contre le jugement rendu le 6 septembre 2010 par le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Savoie, qui lui a été notifié par lettre recommandée dont il a signé l'avis de réception le 21 septembre 2010.

En l'absence de toute initiative procédurale prise par l'appelant, l'affaire a été radiée du rôle, en application des dispositions des articles 381 et 383 du code de procédure civile, par arrêt rendu le 11 janvier 2011.

Par jugement rendu le 24 mai 2011, le tribunal de grande instance de Chambéry a arrêté le plan de redressement présenté par B C, a autorisé la poursuite de son activité d'infirmier libéral dans les conditions, fixées par la décision arrêtant le plan, pour le règlement de l'intégralité du passif admis à la procédure de redressement judiciaire du débiteur en 10 annuités, spécialement pour le remboursement des prêts accordés par le Crédit Agricole des Savoie, trois prêts habitat, un prêt consommation et un prêt professionnel, a imposé au débiteur une clause d'inaliénabilité sur les immeubles lui appartenant

pendant toute la durée du plan et a désigné M. D-E F, en qualité de commissaire à l'exécution du plan.

Par voie de conclusions enregistrées au greffe le 10 janvier et le 11 juin 2013, développées ensuite oralement par son avocat au cours des débats à l'audience du 11 juin 2013 et auxquelles il est expressément fait référence, pour un plus ample exposé des moyens et arguments de l'appelant, B C a demandé à la cour :

— de réformer le jugement entrepris, en ce qu'il l'a condamné à rembourser à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Savoie

* la somme de 2 721,60 €, outre majorations de retard, au titre de l'indu sur l'indemnisation de frais kilométriques relatifs à des déplacements chez les habitants de Z,

* la somme de 20'744,30 €, outre majorations de retard, au titre de l'indu sur des facturations de frais de déplacement à l'occasion de visites aux résidents du foyer logement Maurice Perrier sis au Châtelard,

* la somme de 132'092,36 €, outre majorations de retard, au titre de l'indu sur des frais kilométriques facturés et non parcourus,

— de condamner la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Savoie à lui payer un dédommagement de 150'000 €, en réparation des préjudices tant financiers que moraux subis par lui, en raison des procédures engagées à son encontre par ladite caisse, outre un défraiement de 6000 €, par application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile,

— de confirmer pour le surplus le jugement entrepris.

B C s'est référé aux dispositions des articles 13 et 13-1 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), relatifs à la facturation et au remboursement de frais de déplacement exposés par lui pour les actes accomplis dans le cadre de son activité libérale d'infirmier, au domicile des patients et au sein d'établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et soumis aux dispositions de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, remboursement qui pouvait être forfaitaire ou calculé en fonction de distance parcourue et de la perte de temps subie par le praticien, selon le cas, alors qu'il s'était engagé, en faisant le choix d'adhérer à la convention nationale régissant les rapports entre les caisses d'assurance-maladie et les infirmiers libéraux, à respecter les tarifs conventionnés et la NGAP.

Cependant, il a confirmé avoir reconnu, au cours d'un entretien avec les représentants de

la CPAM de Savoie le 10 juin 2008 qu'il avait commis une erreur de manipulation du logiciel utilisé pour le traitement de certaines facturations, erreur qui avait donné lieu à des doublons injustifiés et que le rejet par le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Savoie de sa contestation portant sur un indu de 2 984,64 € devait être confirmé.

Au redressement opéré par la CPAM de Savoie sur ses facturations de frais kilométriques exposés à l'occasion de soins prodigués aux habitants de Z, en se rendant

au domicile de ceux-ci dans les hameaux environnants, il a opposé, en s'appuyant sur une attestation émanée du maire, que les différents hameaux composant cette commune ne pouvaient être considérés comme situés dans une agglomération, au sens de l'article 13 A de la NGAP, ni a fortiori être assimilés à des villes limitrophes composant une agglomération, qu'ils étaient tous distants du village proprement dit de plus d'un kilomètre, qu'au demeurant, la CPAM avait adopté une analyse différente pour les hameaux des autres communes et que ses déplacements relatifs aux actes pratiqués au bénéfice des patients résidant parmi les différents hameaux de la commune ne pouvaient être facturés selon le régime de l'indemnité forfaitaire de déplacement (IFD) mais sur la base de l'indemnité horokilométrique (IK).

B C a contesté l'application globale faite par la CPAM de Savoie des dispositions de l'article 13-1 de la NGAP à toutes ses interventions auprès des personnes âgées recevant ses soins à l'intérieur du foyer logement Maurice Perrier, au CHÂTELARD, lequel était scindé en deux parties distinctes, l'une ayant fonction de centre de soins et l'autre constituant une résidence de personnes âgées : admettant que les actes réalisés à l'égard des patients se trouvant en centre de soins, dans le cadre d'interventions groupées intéressant plusieurs personnes, ne justifiaient qu'une seule facturation de frais de déplacement pour l'ensemble de ces personnes, il a soutenu que chacune des personnes âgées visitées à l'intérieur de la résidence disposait d'un appartement indépendant, correspondant à un logement personnel et non pas à un hébergement collectif, et conservait le libre choix de son médecin traitant, de son kinésithérapeute et de son infirmier, tous relevant du secteur libéral, auquel il réglait directement leurs honoraires en contrepartie des soins reçus, sans aucune interférence de la part de l'administration de l'établissement, en s'appuyant sur une attestation obtenue du directeur de la résidence, et que le remboursement de ses frais de déplacement, correspondant à chacune des visites devait s'effectuer dans les conditions définies par l'article 13 de la NGAP, soit suivant le régime de l'indemnité horokilométrique ;

il a ajouté qu'en toute hypothèse, il ne facturait ni ses soins ni ses frais de déplacement à la suite de ses interventions au centre de soins, dans la mesure où il avait participé à la création du foyer logement, auquel il avait toujours apporté son soutien financier, comme acteur très actif du développement de la région des BAUGES, ce qui permettait à la CPAM de réaliser des économies, sur lesquelles celle-ci se montrait bien taillante.

Pour justifier sa facturation de frais kilométriques d'une manière plus générale, l'appelant a retenu comme ligne directrice, appliquée à la lettre, la formulation proposée pour le calcul et le remboursement de l'indemnité horokilométrique au 1° du § C de l'article 13 de la NGAP :

L'indemnité due au praticien est calculée pour chaque déplacement à partir de son domicile professionnel et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à

1 kilomètre en montagne et en haute montagne'

Il a souligné que ce calcul ne comportait qu'une pondération pour le temps passé, mais qu'il ne pouvait faire autrement que de facturer pour chacune de ses visites les frais de déplacement correspondant au trajet effectué entre son cabinet et le domicile du patient, que la présentation de la feuille de soins CERFA n° 11390*04, mise à sa disposition par la CPAM pour inscrire les actes et déplacements effectués en vue de leur remboursement ne permettaient aucunement de facturer des indemnités kilométriques entre chaque domicile de chaque patient et le domicile du patient précédent, au fil de sa tournée, comme le préconisait ladite caisse, au risque de léser tous ces patients, qui se verraient appliquer des tarifs différents d'un jour à l'autre, qu'il n'était nullement exigé d'inscrire sur chaque feuille de soins l'heure de la visite précédente et le nom du patient précédant ou suivant le patient visité mais qu'il importait également de tenir compte de la perte de temps, indemnisable par principe en vertu du 1^{er} alinéa de l'article 13 de la NGAP, mais justifiable avec la facturation de chaque déplacement aller/retour, que le total des kilomètres ainsi pris en compte assurait l'indemnisation du carburant et de la perte de temps, en plus des kilomètres parcourus, que l'ensemble des autres auxiliaires médicaux exerçant dans le secteur des BAUGES appliquait ce mode de facturation et que lui-même avait toujours facturé ses actes et déplacements de la même façon depuis 1984, conformément aux dispositions de la NGAP, sans que la CPAM de Savoie n'ait relevé aucune erreur au cours de ses 22 années d'exercice en qualité d'infirmier libéral.

Pour justifier sa demande de dédommagement, l'appelant a fait état de la reconnaissance de son professionnalisme et de son grand dévouement de la part de 3600 personnes habitant la région des BAUGES, qui avaient signé une lettre de soutien, exprimant l'inquiétude d'une population suscitée par les tracasseries que la CPAM faisait subir à un infirmier dont l'exercice était considéré comme indispensable pour la région; il a fait grief à ladite caisse d'avoir adressé à l'ensemble de ses patients des courriers les informant de ce qu'il était suspecté de «fraude» et d'avoir procédé à une suspension du remboursement de ses frais, dont les effets se sont prolongés au-delà de la mainlevée de cette suspension, le 18 mars 2009, de sorte que ces mêmes clients, se sentant harcelés et impressionnés, n'ont plus voulu faire appel à ses services et que lui-même a été maintenu sous asphyxie financière, jusqu'à subir une procédure de redressement judiciaire de son activité libérale, ouverte le 20 octobre 2009 et clôturée le 11 décembre 2012, et se trouver soumis à un plan de redressement, comportant des échéances de remboursement de près de 3000 € par mois, outre le remboursement de ses prêts immobiliers, et ce, par l'effet du comportement d'un organisme dont la volonté affichée était de lui nuire par tout moyen;

il a précisé qu'il se trouvait contraint d'envisager la mise en vente de ses biens immobiliers, résultat de 25 années de dur labeur et fruit de son travail, sans pouvoir les transmettre à ses deux enfants, alors que, dès 2008, il avait connu une baisse énorme de son chiffre

d'affaires, de plus de 70 % en 2010, qu'il éprouvait des difficultés pour faire face à l'ensemble de ces

cotisations, qu'il s'est vu notifier une interdiction d'émettre des chèques par sa banque, qu'il n'a pu s'acquitter régulièrement de ses redevances à la Maison Médicale des BAUGES, dont il est l'un des associés et membre fondateur depuis 25 ans, et qui est un équipement indispensable en zone rurale, constituant un nouveau modèle de pratiques de soins de premier recours et de proximité pour une région en passe de devenir un désert médical.

Aux termes de conclusions déposées au greffe le 9 avril 2013, également reprises ensuite oralement au cours des débats à l'audience du 11 juin 2013 par la responsable du service juridique de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Savoie, munie d'un pouvoir spécial de représentation délivré par le directeur de ladite caisse, et auxquelles il est expressément fait référence, pour prendre une connaissance plus précise du détail de l'argumentation de l'intimée, la CPAM de Savoie a conclu :

—à la confirmation du jugement rendu le 6 septembre 2010 par le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Savoie,

—à la condamnation de B C à lui rembourser une somme de 158'542,91 €, montant cumulé des indemnités de déplacement versées à celui-ci, augmentée de majorations de retard arrêtées à la somme de 15'854,29 €, et à lui payer en conséquence la somme globale de 174'397,20 €, avec les intérêts calculés au taux légal à compter de la notification du jugement rendu le 6 septembre 2010,

—au rejet de l'intervention de la Maison Médicale des BAUGES, résultant du dépôt de conclusions au greffe, le 22 mars 2012, en excipant de l'incompétence de la chambre sociale de la cour d'appel pour statuer sur un litige civil invoqué par cette intervenante en vue d'obtenir un dédommagement d'un préjudice allégué sur le fondement d'un comportement prétendument abusif de la part de la CPAM de Savoie, subsidiairement, en excluant toute possibilité de sanctionner comme discriminatoire un contrôle exercé sur un professionnel de santé à partir de données chiffrées, dans les conditions définies par l'article L 114-9 du code de la sécurité sociale et dans son rôle de protection des fonds publics, en vue d'un règlement dûment justifié de ceux-ci,

—à la condamnation de B C à lui payer un défraiement de 6000 €, en vertu de l'article 700 du code de procédure civile,

—à la condamnation de la Maison Médicale des BAUGES, représentée par les docteurs Y et A, à lui verser un défraiement de 2000 €, en application de l'article 700 du code de procédure civile.

L'intimée a rappelé que l'attention de B C avait été attiré sur la nécessité d'une recherche de la juste utilisation des fonds publics et sur le principe suivant lequel les remboursements de déplacement constituaient des indemnisations de coûts réellement supportés, sans pouvoir aboutir à un enrichissement sans cause de la part d'un professionnel de santé, ceci de façon systématique et dans la durée, que celui-ci avait admis que son évaluation de ses frais de déplacement était constamment supérieure à ses frais de déplacement réels, en faisant état de son activité originale d'infirmier libéral dans un secteur de

montagne comprenant des vallées en étoiles et le contraignant à donner plusieurs soins par jour, parfois au même patient, que toutefois, une transaction avait été envisagée pour le règlement du litige, en septembre 2008, que B C avait refusé cette solution, sans pour autant transmettre les pièces justificatives d'un ensemble des kilomètres

réellement parcourus par lui, que la décision de suspendre le remboursement des indemnités kilométriques demandées avait été prise dans l'attente de la justification de l'intégralité de ses déplacements facturés à compter du 1^{er} janvier 2006, qu'après analyse de toutes les pièces obtenues le 3 février 2009, cette mesure de suspension avait été levée le 18 mars 2009 et que la notification d'un indu de 158'542,91 € était intervenue le même jour, en application des dispositions des articles L 133-4 et R 133-9-1 du code de la sécurité sociale, assortie d'une motivation que la CPAM de Savoie persistait à soutenir.

Après avoir également rappelé les dispositions des articles 13 et 13-1 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femme et auxiliaire médicaux, renvoyant à l'article 2 de la même nomenclature, l'intimée a souligné en premier lieu que B C n'avait jamais contesté l'existence d'une double facturation de frais de déplacement pour un certain nombre d'actes, résultant d'une erreur de manipulation du logiciel, générant un indu de 2984,65 €, mais aussi qu'il avait bel et bien admis, dès le 10 juin 2008, qu'il n'avait pas à établir des facturations de kilomètres, lorsqu'il intervenait dans la commune de Z, et qu'il n'avait pas contesté le montant d'un indu de 2721,60 €, au-delà d'une indemnité forfaitaire de déplacement prévu par l'article 13 a) de la nomenclature, dont il avait déclaré ignorer les dispositions ;

elle a dénié à B C le droit de faire une distinction pour les frais de déplacement exposés à l'occasion de visites rendues à des patients domiciliés dans les différents hameaux de la commune, alors que l'article 13 de la nomenclature limitait ses remboursements aux indemnités forfaitaires de déplacement pour toutes les interventions effectuées dans le cadre d'une agglomération, elle-même définie comme un groupe d'habitations constituant un village ou une ville.

La CPAM de Savoie s'est encore opposée à l'interprétation donnée par B C aux dispositions de l'article 13-1 de la NGAP, pour justifier la facturation à chaque patient résidant au foyer XXX des indemnités kilométriques considérées par lui comme exigibles pour toutes ses interventions, alors même que ledit foyer logement constituait bien un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, régi par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, que plusieurs patients pouvaient être soignés à l'occasion d'un seul déplacement, même à l'égard de clients conservant leur autonomie et en dépit des difficultés prétextées quant aux moyens dont il pouvait disposer en vue d'harmoniser les horaires de visite, et que l'attestation établie par le directeur dudit foyer ne pouvait avoir aucune valeur probante à cet égard.

Elle a maintenu en conséquence que le mode de calcul de l'indu sur les indemnités kilométriques versées accessoirement aux soins donnés par B C aux assurés

résidant au foyer Maurice Perrier était le suivant : en retenant deux indemnités forfaitaires pour deux trajets par jour et 20 km, le surplus des facturations émises par B C était injustifié.

Aux contestations soulevées par B C et portant sur la notification d'un indu après constatation d'une surfacturation de kilomètres, la CPAM de Savoie a opposé que celui-ci ne pouvait calculer ses frais de déplacement sur la base de la distance séparant le domicile de chacun de ses patients de son cabinet médical, situé à Z, soit par exemple, pour la journée du 22 décembre 2008, facturer 680 km, après avoir parcouru seulement 420 km, et percevoir ainsi un montant indu de 119 €, pour un sur plus de 260 km, aboutissant à un trop-perçu de 43'435 €, sur une année, et 230'305 €, sur trois ans, qu'elle lui avait pourtant déjà notifié un indu, le 16 juin 1997, pour les mêmes motifs, qu'il ne pouvait donc ignorer les modalités de facturation s'imposant à la profession d'infirmier, qu'il avait intentionnellement facturé à l'assurance-maladie des déplacements qu'il n'avait pas réellement effectués, de manière à s'enrichir sans cause au détriment de cet organisme,

qu'il ne pouvait être question de rembourser des actes ou prestations non effectués et que le calcul d'un montant indu arrêté à la somme de 132'092 €, en raison d'une surfacturation de kilomètres, s'avérait pleinement justifié, sans que B C n'apporte aucun élément permettant de remettre en cause ce calcul.

L'intimée s'est défendue d'avoir fait obstacle à la possibilité pour B C d'exercer son activité d'infirmier libéral depuis la notification de la suspension du remboursement de ses frais de déplacement à compter du 6 novembre 2008, dans la mesure où le remboursement des actes d'infirmier demeurerait, où après levée de la suspension, les demandes de remboursement avaient de nouveau été examinées, en fonction de l'antériorité, où il s'agissait seulement pour B C de présenter des justificatifs correspondants dans le délai imparti par l'article L 332-1 du code de la sécurité sociale, où par ailleurs, en cas de refus de paiement, cet infirmier se trouvait tenu de respecter les délais et voie de recours prévue par les textes, de présenter une demande, pour chaque refus, à la commission de recours amiable puis au tribunal des affaires de sécurité sociale, conformément aux articles L 142-1 et suivants et R 142-1 et suivants du code de la sécurité sociale, et où enfin, la situation financière de B C n'était aucunement remise en cause.

La SCP Maison Médicale de Z a transmis au greffe des conclusions d'intervention, reçues le 15 avril 2013, au soutien de l'appel formé par son associé, B C, contre le jugement rendu le 6 septembre 2010 par le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Savoie, en invoquant sa créance de participation aux frais de la société de moyens gestionnaire de la Maison Médicale, laissée impayée en raison des agissements de la CPAM de Savoie contre cet infirmier, comme constitutive d'un lien avec les prétentions de l'appelant, et ce, aux fins de voir réformer le jugement entrepris et d'obtenir un dédommagement du préjudice occasionné à cette personne morale par le comportement de ladite caisse, qualifié d'abusif et de discriminatoire.

Cependant, personne n'a comparu à l'audience du 11 juin 2013, pour représenter la SCP ou la XXX de Z.

Discussion

Sur l'intervention de la SCP ou la XXX de Z

Conformément aux dispositions combinées du dernier alinéa de l'article R 142-28 du code de la sécurité sociale et des articles 66 et 68, 325 et suivants, 328 et suivants, 554, 931 et 946 du code de procédure civile, la SCP ou la XXX de Z ne pouvait intervenir valablement à l'instance, sans se faire représenter à l'audience, pour formuler oralement des prétentions strictement inscrites dans le cadre du litige initialement soumis au tribunal des affaires de sécurité sociale de la Savoie et déferé à la cour par B C, ce qui excluait toute demande tendant à des condamnations à son bénéfice personnel, en réparation d'un préjudice distinct de celui de l'appelant, alors même que l'article 68 susvisé lui imposait de procéder de la même manière qu'étaient présentés les moyens de défense.

En conséquence, l'intervention de cette personne morale, dépourvue d'intérêt et de qualité à cet effet, doit être déclarée d'office irrecevable en la forme aussi bien qu'au fond.

Sur la répétition d'un indu résultant de doubles facturations

B C n'a jamais contesté, ainsi qu'il l'a confirmé dans le cadre de ses conclusions et à l'occasion de ses observations présentées devant la cour, l'existence de doubles facturations et télétransmissions à la CPAM de Savoie, résultant d'erreurs de manipulation du logiciel utilisé pour régulariser ces documents au cours de la période comprise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2008, doublons dénoncés comme anomalies par ladite caisse dès la notification des résultats d'un contrôle de facturations le 24 avril 2008 et reconnues comme telles, au cours d'un entretien avec les représentants de cet organisme le 10 juin 2008 ; il a précisé qu'il s'était abstenu de rembourser la somme de 2 984,65 €, en raison de la procédure de redressement judiciaire dont il a fait l'objet, ouverte le 20 octobre 2009 par le tribunal de grande instance de Chambéry, qui a cependant arrêté un plan de continuation permettant l'apurement de son passif, par jugement rendu le 24 mai 2011.

Le jugement rendu le 6 septembre 2010 par le tribunal des affaires de sécurité sociale de

la Savoie doit donc être confirmé sur ce premier point.

Sur la répétition d'un indu constitué d'indemnités de déplacement horokilométriques remboursées accessoirement à la rémunération des actes pratiqués au domicile d'assurés visités sur le territoire de la commune de Z

Suivant les dispositions du § A) de l'article 13 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) des médecins, chirurgiens-dentistes, sage-femme et auxiliaires médicaux, laquelle s'impose à ces praticiens et auxiliaires pour communiquer aux organismes d'assurance-maladie le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul de leur participation par ces organismes, l'indemnité de déplacement due en sus de la valeur propre d'un acte effectué au domicile du malade et correspondant au remboursement des frais de déplacement du praticien ou de l'auxiliaire intervenant dans ces conditions est

exclusivement une indemnité forfaitaire, lorsque la résidence du malade et le domicile professionnel du médecin, du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical sont situés dans la même agglomération ou lorsque la distance qui les sépare est inférieure à 2 km en plaine ou à 1 km en montagne.

La formulation sur un mode alternatif d'hypothèses correspondant à des trajets limités, a priori dépourvus de difficultés et susceptibles d'être parcourus dans les temps les plus courts, correspond à une distinction géographiquement et sociologiquement conçue entre deux types d'exercices de l'activité médicale ou paramédicale :

—un exercice par des praticiens et auxiliaires médicaux installés en zone urbaine, zone étendue à une agglomération regroupant plusieurs communes reliées les unes aux autres par un réseau de transports en commun,

—un exercice par des praticiens et auxiliaires médicaux installés en zone rurale comme en zone de montagne, à l'intérieur desquelles la distance parcourue importe davantage, en considération des aléas climatiques et compte tenu de l'obligation systématique de recourir à des moyens de locomotion individuels.

C'est pourquoi, il ne s'avère pas envisageable de considérer comme simples composantes indissociables d'une seule et même agglomération au sens actuellement le plus commun du terme dans l'ordonnement juridique des collectivités territoriales, des hameaux inscrits davantage dans un paysage rural et parfois désignés dans certaines régions par le terme d'écart, répartis à la périphérie du centre d'une commune, et ce, à plus ou moins longue distance du bourg.

Aussi, dans la mesure où il n'a pas été contesté par la CPAM de Savoie, laquelle s'est exclusivement référée au concept d'agglomération, au demeurant inadéquat à un éparpillement géographique de plusieurs groupements d'habitations parfaitement distincts en toute hypothèse, que les hameaux dans lesquels B C s'est rendu au domicile de ses patients pour leur prodiguer des soins se trouvaient distants de plus d'un kilomètre, dans une zone de montagne telle que le massif des BAUGES, du cabinet de cet infirmier libéral installé au sein de la Maison Médicale de Z, la facturation de déplacements compris entre 6 et 10 km (pièces composant l'annexe 1 du dossier de l'intimée et pièce n° 76 du dossier de l'appelant), entre les différents hameaux considérés, ne pouvait simplement se limiter à des indemnités forfaitaires de déplacement mais pouvait comporter des indemnités horokilométriques, de telle sorte que la notification d'un indu de 2 721,60 € n'était pas justifiée.

Dès lors, la décision rendue par le tribunal des affaires de sécurité sociale doit être réformée dans ses dispositions relatives aux frais kilométriques pour les habitants de Z.

Sur la répétition d'un indu constitué d'indemnités de déplacement horokilométriques remboursées accessoirement à la rémunération des actes pratiqués au bénéfice d'assurés résidents du foyer logement XXX

Il résulte de l'article 13.1 de la NGAP qu'un praticien ou un auxiliaire médical ne peut facturer qu'une seule fois ses frais de déplacement selon les modalités prévues par l'article 13, lorsque, au cours d'un même déplacement, il intervient dans un établissement assurant l'hébergement des personnes âgées, régi par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Quand bien même le foyer logement XXX ne constituait pas, suivant une attestation émanée de son directeur, un centre de soins et même si des résidents conservaient leur autonomie et le libre choix de leur médecin traitant, de leur kinésithérapeute ou de leur infirmier (pièces n° 85 et 86 du dossier de l'appelant), il n'en demeure pas moins qu'il s'agissait bien d'un établissement assurant l'hébergement de personnes âgées, comme tel régi par la loi du 30 juin 1975, et que le regroupement de plusieurs assurés dans un même immeuble favorisait corollairement une organisation des visites au cours d'une même journée, de telle sorte que le remboursement des frais de déplacement devait in fine s'opérer en une seule fois pour chaque intervention intéressant plusieurs personnes au sein de cet établissement .

La CPAM de Savoie a notifié à juste titre à B C un indu de 20'744,30 €, s'agissant des frais kilométriques exposés par celui-ci pour se rendre au foyer logement XXX, et le jugement déféré doit être confirmé sur ce point.

Sur la répétition d'un indu constitué d'indemnités de déplacements horokilométriques remboursées à la suite de surfacturations de portions de trajets non parcourues

L'article 13 de la NGAP pose le principe que les frais de déplacement du praticien sont remboursés, lorsqu'un acte inscrit à la nomenclature doit être effectué au domicile du malade, et ce, en sus de la valeur propre de l'acte, et précise que ce remboursement est, selon le cas, forfaitaire ou calculé en fonction de la distance parcourue et de la perte de temps subie par le praticien.

Aux termes du § C) du même article 13, intitulé Indemnité horokilométrique (IK), les frais de déplacement sont remboursés sur la base d'une indemnité horokilométrique dont la valeur unitaire est déterminée dans les mêmes conditions que celles des lettres clés prévues à l'article 2 et qui s'ajoute à la valeur propre de l'acte et se cumule avec l'indemnité forfaitaire prévue au § A) pour un certain nombre d'actes .

Cette indemnité horokilométrique est calculée pour chaque déplacement à partir du domicile professionnel du praticien et en fonction de la distance parcourue sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 2 sur le trajet tant aller que retour. Cet abattement est réduit à 1 km en montagne et en haute montagne'

Il est précisé enfin que le remboursement accordé par Caisse pour le déplacement d'un praticien ne peut excéder le montant de l'indemnité calculée par rapport aux praticiens de la même discipline, se trouvant dans la même situation à l'égard de la convention, dont le domicile professionnel est le plus proche de la résidence du malade'

Suivant l'économie de ce texte et conformément au principe général énoncé au dernier alinéa de l'article L 111-2-1 du code de la sécurité sociale, qui fait obligation à chaque assuré social, aux régimes d'assurance-maladie, à l'État, mais aussi aux professionnels de santé eux-mêmes, de contribuer, chacun pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance-maladie, il importe que soit respectée une adéquation, aussi stricte que possible, entre les remboursements de frais de déplacements sollicités par les professionnels de santé et les charges inhérentes à ces trajets, outre les pertes subies au regard de leur activité, et que l'indemnisation reste constamment à la mesure de la distance parcourue, notamment réduite à un forfait, pour les trajets les plus limités dans l'espace ou circonscrits au périmètre d'une agglomération, ou corrigée en considération de la localisation du domicile de l'assuré bénéficiaire de soins à domicile par rapport au domicile professionnel du praticien le plus proche.

Si dans les cas les plus fréquents des médecins, chirurgiens-dentistes, sages femmes et auxiliaires médicaux exerçant pour le plus grand nombre et pour la majeure partie de leur temps d'activité dans leur cabinet, où ils reçoivent leurs patients, de manière à leur donner des consultations et à leur prodiguer des soins en disposant immédiatement du matériel médical nécessaire, les déplacements strictement justifiés par l'impossibilité d'accomplir un acte inscrit à la nomenclature autrement qu'au domicile des malades constituent des interruptions exceptionnelles de cette activité au domicile professionnel des praticiens et auxiliaires médicaux et justifient la perception d'une indemnité horokilométrique calculée pour chaque déplacement à partir de ce domicile professionnel jusqu'au domicile du patient, réserve faite des abattements prévus aux 1° du C) de l'article 13 de la NGAP, l'hypothèse, qui est celle de B C, d'une tournée prolongée ayant pour point de départ son domicile professionnel, en l'occurrence la Maison Médicale de Z, comportant plusieurs étapes correspondant à un certain nombre de visites effectuées chez différents patients répartis entre plusieurs localités, hameaux et communes du massif des BAUGES, et pour point d'arrivée le même cabinet de cet infirmier, sans qu'il soit question d'un retour à ce local professionnel après l'une ou l'autre de chacune des visites, ne saurait justifier la pratique suivie par ce professionnel de santé de facturer un cumul d'indemnités horokilométriques calculées systématiquement en fonction de la distance entre son domicile professionnel et le domicile de chacun de ces patients, sauf à méconnaître les dispositions précitées, qui excluent la prise en considération de toutes les charges et dépenses non justifiées par rapport aux distances effectivement parcourues.

C'est donc à juste titre que la CPAM de Savoie a déterminé les distances parcourues par B C au cours de la période litigieuse, comprise entre le 1^{er} janvier 2006 et le 17 mars 2008, avec ces véhicules successifs, et ce, en relevant les kilométrages mentionnés

sur les factures d'entretien établies par son garagiste, concessionnaire Citroën à Z , jusqu'à la facture émise le 18 mars 2006, pour aboutir à un total de 208'944 km, dont une partie, évaluée à 52,80 % par

référence au pourcentage des prises en charge incombait à la CPAM par rapport aux autres organismes d'assurance sociale, dans le volume total des actes et prestations réalisés par cet infirmier libéral au bénéfice des assurés des différents régimes, sans que l'appelant n'ait soulevé le moindre point de contestation sur ce chiffrage : retenant ensuite que B C a effectué 24 356 visites au domicile de ses patients assurés par la CPAM de Savoie, à partir du nombre d'indemnités forfaitaires perçues par lui déduction faite des 613 doubles télétransmissions objet d'un précédent indu et de 2 621 facturations relatives aux visites rendues aux résidents du foyer logement Maurice Perrier, et que le total du kilométrage parcouru pour prodiguer des soins à ces mêmes assurés, soit 110'322 km, devait subir un abattement de 48'712 km, à raison de 2 km par visite, l'intimée en a déduit que le nombre de kilomètres indemnisables se réduisait à 61'610 km (annexe 4 du dossier de l'intimée), sans soulever davantage d'objection de la part de l'appelant, tout au moins quant aux modalités et aux résultats de ce calcul.

Or, B C, qui s'était déclaré parfaitement conscient depuis le début de la procédure de constat d'anomalies engagée par la CPAM de Savoie puis dans le cadre des échanges contradictoires sur les vérifications ensuite poursuivies au sujet des surfacturations litigieuses d'avoir décompté un nombre de kilomètres supérieur à celui des distances réellement parcourues (pièces n° 5 et 4:00 du dossier de l'intimée), ne peut faire état, au-delà d'une contrainte objective de nature à modifier des habitudes anciennement acquises mais difficilement justifiables au regard des textes et des principes applicables, d'aucun empêchement réellement dirimant pour veiller, après s'être arrêté devant le domicile de chacun de ses patients, à relever sur le compteur de son véhicule automobile le kilométrage parcouru depuis la visite précédente effectuée auprès d'un autre patient dans le cadre de sa tournée et à mentionner le chiffre ainsi obtenu dans la colonne IK sous l'intitulé général frais de déplacement, au regard de l'acte correspondant déterminé en abscisse du tableau des actes effectués, sur la feuille de soins auxiliaire médical qu'il devait remplir sur l'imprimé CERFA mis à sa disposition par la CPAM de Savoie (pièce n° 78 du dossier de l'appelant).

Dans la mesure où il se vérifie, en procédant par sondages parmi les relevés d'indemnités kilométriques facturées par B C après le 1^{er} janvier 2006, en raison d'actes effectués au domicile d'assurés de la CPAM de Savoie (annexe n° 6 du dossier de l'intimée), que les tournées de cet infirmier s'effectuaient avec une certaine régularité dans un ordre quasiment identique d'un jour à l'autre au cours de la période considérée, il ne peut être admis, comme l'appelant invite à le considérer pour y voir une difficulté préjudiciable à ses clients, que lesdits assurés auraient été exposés au risque de remboursements aléatoires si l'on excluait un décompte systématique de distances fictivement parcourues entre le cabinet de l'infirmier et le domicile des intéressés, pour lui préférer un séquençage limité aux trajets effectués réellement depuis le domicile des patients précédents.

Alors que le total des kilomètres décomptés par B C pour demander à la CPAM de Savoie le paiement d'indemnités horokilométriques au cours de la période

considérée s'est élevé à 390'901 km (annexe 6 du dossier de l'intimée), soit 355'149 km, déduction faite des kilomètres résultant d'une double télétransmission ou relatifs aux visites effectuées au domicile des assurés de Z ou bien auprès des résidents du foyer logement Maurice Perrier, le calcul du montant des indemnités horokilométriques indûment payées à cet infirmier libéral a pu aboutir au résultat arithmétiquement exact, à raison de 0,45 € par indemnité IKM, de 132'092,36 €. En conséquence, le jugement rendu par le tribunal des affaires de sécurité sociale doit encore être confirmé sur ce point.

Sur la liquidation de la créance de la CPAM de Savoie

Déduction faite de la somme de 2 721,60 €, montant de l'indu déterminé à tort par la CPAM de Savoie, en retenant sans fondement juridique convaincant l'inexigibilité d'indemnités de déplacement horokilométriques remboursées accessoirement à la rémunération des actes pratiqués au domicile d'assurés visités sur le territoire de la commune de Z, la créance de ladite caisse doit être liquidée en définitive à la somme de 155'821,31 €, en principal, à laquelle s'ajoute une majoration de retard de 15'582,13 €, au taux de 10 %, soit un montant total de 171'403,44 €.

Sur la demande reconventionnelle en paiement de dommages et intérêts formée par B C

Alors qu'il entre dans la mission habituelle des caisses d'assurance-maladie de vérifier sur

les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations que les actes pratiqués n'excèdent pas les limites et indications prévues dans le cadre des tarifications et conventionnements, à partir de justificatifs produits par les professionnels de santé aussi bien que par les assurés, et d'apprécier les responsabilités encourues, conformément aux dispositions de l'article L 314-1 du code de la sécurité sociale, d'une part, et de procéder au recouvrement des indus constatés, en cas d'inobservation des règles de tarification et de facturation, dans les conditions définies par les articles L 133-4 et R 133-9-1 du code de la sécurité sociale, d'autre part, qu'au surplus et en toute hypothèse, les initiatives prises par la CPAM de Savoie, en l'espèce, se sont avérées pleinement justifiées et que par ailleurs, le même infirmier libéral avait déjà reçu notification, le 16 juin 1997, d'un indu constitué de surfacturations d'indemnités kilométriques et de facturations de déplacements ou de majorations d'actes non prescrits (pièce n° 37 du dossier de l'intimée), B C ne se trouve donc nullement fondé à se plaindre d'un comportement déloyal de la part de cet organisme, qui a très rapidement renoncé à toute poursuite du chef de fraude, sans jamais en faire état publiquement auprès des assurés patients de cet infirmier, mais qui ne pouvait s'abstenir d'informer ceux-ci de l'existence d'une procédure impliquant une suspension de l'indemnisation des frais de déplacements susceptibles d'avoir été avancés par eux le cas échéant et qui a notifié à B C le 4 novembre 2008, sans excéder ses pouvoirs au regard des prescriptions de l'avant-dernier alinéa de l'article L 161-1-4 du code de la sécurité sociale, une mesure de suspension du versement des prestations dues à celui-ci, à défaut d'avoir obtenu l'ensemble des pièces justificatives de distances parcourues par celui-ci dans

le cadre de ses tournées et constatation faite d'une réitération persistante de facturations litigieuses postérieurement au constat d'anomalies, nonobstant l'insuffisance des justificatifs .

Sur le paiement du droit prévu à l'article R 144-10 du code de la sécurité sociale et le versement d'un défraiement, au titre de l'article 700 du code de procédure civile

La situation financièrement très obérée de B C, quelque imprudent ou négligent qu'il ait été dans la gestion de ses demandes de remboursement d'indemnités kilométriques, justifie qu'il soit dispensé du paiement du droit prévu au deuxième alinéa de l'article R 144-10 du code de la sécurité sociale et déchargé de tout défraiement au bénéfice de la CPAM de Savoie, en vertu de l'article 700 du code de procédure civile.

Par ailleurs, alors même que la SCP ou la XXX de Z n'a pas comparu à l'audience et que la CPAM n'a pu exposer de frais spécifiques supplémentaires en vue d'une défense qui n'a aucunement été complexifier devant une intervention totalement irrecevable, l'application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile doit être également écartée à l'encontre de cette intervenante.

PAR CES MOTIFS,

La cour, statuant contradictoirement et après en avoir délibéré,

Déclare irrecevable l'intervention de la SCP ou la XXX de Z;

Confirme le jugement rendu le 6 septembre 2010 par le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Savoie, excepté en ses dispositions relatives à un indu

déterminé à tort par la CPAM de Savoie, au titre d'indemnités de déplacement horokilométriques remboursées accessoirement à la rémunération des actes pratiqués au domicile d'assurés visités sur le territoire de la commune de Z;

Statuant de nouveau, à raison de l'infirmité partielle, sur la liquidation de la créance de

la CPAM de la Savoie,

Condamne B C à rembourser à la Caisse Primaire d'Assurance-Maladie de Savoie une somme de 155'821,31 €, augmentée d'une majoration de retard de 15'582,13€, et à lui payer en conséquence un montant total de 171'403,44 € avec les intérêts calculés au taux légal sur cette dernière somme à compter du 21 septembre 2010 ;

Déboute B C de sa demande en paiement de dommages et intérêts ;

Dispense B C du droit prévu par l'article R 144-10 du code de la sécurité sociale et le décharge de tout défraiement au bénéfice de la CP AM de Savoie au titre de l'article 700 du code de procédure civile ;

Décharge la SCP ou la XXX de Z également d'un défraiement au profit de la CPAM de la Savoie en vertu de l'article 700 du code de procédure civile.

Ainsi prononcé publiquement le 10 Octobre 2013 par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties présentes en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile, et signé par Monsieur LACROIX, Président, et Madame ALESSANDRINI, Greffier.