

Cour d'appel de Toulouse, 3ème chambre, 18 avril 2017, n° 16/02076

Chronologie de l'affaire

TASS Gironde 1 février 2010	>	CA Toulouse Infirmation 18 avril 2017
--------------------------------	---	---

Sur la décision

Juridiction : Cour d'appel de Toulouse

Numéro(s) : 16/02076

Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Gironde, 1er février 2010, N° 08/46438

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

Sur les personnes

Président : C. BELIERES, président

Avocats : Anne-Sophie MOULIN , Mandy COLLET , Françoise PILLET

Parties : SA AQUITAINE SANTE

Texte intégral

18/04/2017

ARRÊT N° 302/2017

N°RG: 16/02076

XXX

Décision déferée du 1^{er} février 2010 – TASS

de la GIRONDE – N° 08/46438

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DE LA GIRONDE

C/

XXX

REFORMATION

Grosse délivrée

le

à

REPUBLIQUE FRANCAISE AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS
*** COUR D'APPEL DE TOULOUSE 3^e chambre *** ARRÊT
DU DIX HUIT AVRIL DEUX MILLE DIX SEPT *** APPELANT

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DE LA GIRONDE

XXX

XXX

XXX

Représentée par M^e Françoise PILLET , avocat au
barreau de BORDEAUX INTIMÉ

XXX,

exploitant la POLYCLINIQUE DES CEDRES

XXX

XXX

Représentée par M^e Anne-Sophie MOULIN , avocat au
barreau de PARIS substituée par M^e Mandy COLLET avocat
au barreau de PARIS

COMPOSITION DE LA COUR

Après audition du rapport, l'affaire a été débattue le
02 Mars 2017 en audience publique, devant la Cour
composée de :

C. BELIERES, président

D. BENON, conseiller

A. BEAUCLAIR, conseiller

qui en ont délibéré.

Greffier, lors des débats : M. X

ARRET :

— CONTRADICTOIRE

— prononcé publiquement, par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du Code de procédure civile.

— signé par C. BELIERES, président, et par M. X, greffier de chambre.

FAITS :

Suite à un contrôle d'actes d'algodystrophie réalisés par la XXX, qui exploite la polyclinique des Cèdres à Mérignac (33), par lettre recommandée du 22 mars 2007, la MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE de la Gironde (MSA) lui a notifié un indu d'un montant de

7 370,50 € correspondant à des facturations erronées d'actes au titre de l'année 2005 au motif que l'état des patients et la nature des actes réalisés ne justifient pas l'hospitalisation à temps partiel.'

Le rapport de contrôle a remis en cause la facturation Groupe Homogène de Séjour, dit Y, pour le même type d'actes, à savoir un 'bloc sympathique médicamenteux périphérique par injection intraveineuse transcutanée sous garrot ischémique ou garrot veineux de xylocaïne ou de fonzylane en cas d'algodystrophie, codifié AJLF 0001 à la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM).'

A cette notification a été joint un tableau récapitulatif, pour chaque séjour concerné, les références de l'assuré, le montant du remboursement indu, sa date de paiement et la nature de l'anomalie. Le 5 avril 2007, la XXX a versé une somme de 427,28 € en reconnaissant que cette somme recouvrait des actes facturés à tort à 6 reprises pour le même patient.

Le 4 juin 2007, en application de l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale, la MSA a mis en demeure la XXX de lui payer le solde de l'indu, soit 6 943,22 €, avec majoration de 10 % instituée à l'avant dernier alinéa de ce texte.

La XXX a saisi la commission de recours amiable de la MSA en déclarant contester l'indu.

Par décision du 25 octobre 2007, la commission de recours amiable a rejeté le recours.

Par acte du 13 février 2008, la XXX a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de la Gironde afin d'obtenir l'annulation de l'indu.

Par jugement du 1^{er} février 2010, le tribunal des affaires de sécurité sociale a :

— constaté la non-conformité de la notification du 22 mars 2007 et de la mise en demeure du 4 juin 2007,

— prononcé la nullité de cette dernière ainsi que de la décision de la commission de recours amiable du 17 décembre 2007,

— rejeté la demande d'application de l'article 700 du code de procédure civile.

La MSA a interjeté appel de ce jugement.

Par arrêt rendu le 17 février 2011, la Cour d'appel de Bordeaux a confirmé le jugement et dit n'y avoir lieu à l'application de l'article 700 du code de procédure civile.

La MSA a formé un pourvoi en cassation à l'encontre de cet arrêt.

Par arrêt du 10 mai 2012, la Cour de cassation a cassé et annulé l'arrêt rendu le 17 février 2011 en toutes ses dispositions.

La Cour de cassation a retenu que : 'La société ne contestait pas avoir reçu, à l'issue du contrôle, un rapport exposant par date, acte, patient et régime d'assurance maladie, les faits détaillés motivant chaque indu par référence à un code normalisé dont la signification 'hospitalisation non médicalement justifiée' était précisée dans une lettre jointe à la mise en demeure de sorte qu'elle ne pouvait ignorer la cause et la nature de son obligation'.

La Cour d'appel d'Agen, désignée en qualité de cour de renvoi, a été saisie par la MSA.

Par arrêt du 9 décembre 2014, la Cour d'appel d'Agen a :

— confirmé par substitution des motifs, le jugement rendu le 1^{er} février 2010,

— annulé la décision de la commission de recours amiable de la MSA notifiée le 17 décembre 2007 à la XXX,

— débouté la MSA de ses demandes,

— condamné la MSA à payer à la XXX la somme de 1 500 € en application de l'article 700 du code de procédure civile.

La MSA a formé un pourvoi en cassation à l'encontre de cet arrêt.

Par arrêt du 10 mars 2016, la Cour de cassation a cassé et annulé l'arrêt rendu le 9 décembre 2014 en toutes ses dispositions. La Cour de cassation a retenu que l'application des règles de la tarification à l'activité procède de la nature des actes dispensés tels que mentionné dans le dossier médical de chacun des patients.'

La Cour d'appel de Toulouse a été désignée en qualité de cour de renvoi.

Par acte du 13 avril 2016, la MSA a saisi la cour de renvoi.

L'affaire a été fixée à l'audience du 2 mars 2017.

PRETENTIONS ET MOYENS :

Par conclusions déposées le 27 février 2017, auxquelles il est renvoyé pour le détail de l'argumentation, la MSA présente l'argumentation suivante :

— elle a calculé l'indu réclamé, en vertu de l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale, au titre de la facturation, par la XXX, de séjours hospitaliers à temps partiels groupés par établissement, alors que les dossiers médicaux des patients ne permettent pas de justifier d'une hospitalisation et d'une facturation au titre d'un 'groupe homogène de séjour', mais de soins externes.

— dans le nouveau système de facturation, l'établissement de santé facture la prestation à l'assurance maladie qui en assure le paiement et peut procéder à des contrôles a posteriori.

— c'est à l'établissement de justifier que les conditions de sa facturation sont réunies.

— l'examen des dossiers objets de l'indu ne permet pas de justifier de l'hospitalisation facturée.

Au terme de ses conclusions, la MSA demande à la Cour :

— d'infirmer le jugement rendu le 1^{er} février 2010,

— de confirmer la décision de la commission de recours amiable,

— de condamner la XXX à lui payer la somme de 7 637,54 € avec intérêts au taux légal à compter du 4 juin 2007, ainsi que la somme de 1 500 € en application de l'article 700 du code de procédure civile.

*

**

Par conclusions déposées le 3 février 2017, la XXX présente l'argumentation suivante :

— les conditions techniques imposées par la réglementation concernant la réalisation des actes dans un service d'hospitalisation ambulatoire sont remplies :

* les patients ont bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire, avec passage à l'accueil administratif, puis en hospitalisation ambulatoire après intervention au bloc opératoire.

* les actes réalisés ont été cotés conformément à la nomenclature (AJLF 001) du fait qu'ils ne pouvaient pas être réalisés en cabinet de ville compte tenu de la réalisation d'une anesthésie.

* ils devaient par conséquent être cotés sur la base d'un séjour de moins de 2 jours et il ne s'agit donc pas d'actes externes.

— il y a adéquation de la facturation à la réglementation en vigueur en 2005 : lors de la réalisation des actes en litige, c'est l'arrêté du 31 janvier 2005 qui régissait la facturation applicable et indiquait que la prise en charge devait se faire que les soins soient avec ou sans hébergement. — il n'existe pas d'indu au sens du code civil et de l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale :

* lorsque les patients ont été effectivement pris en charge en hospitalisation, le forfait de séjour est dû.

* ce remboursement correspond à la mobilisation de moyens importants dont il est la juste contrepartie.

Au terme de ses conclusions, la XXX demande à la Cour :

— de confirmer le jugement rendu le 1^{er} février 2010,

— de dire qu'elle est bien fondée en sa contestation,

— de dire qu'elle a respecté les règles de tarification,

— de dire que la prise en charge médicale est conforme aux règles de bonne pratique,

— d'annuler la notification de l'indu du 22 mars 2007 et la décision de la commission de recours amiable.

— subsidiairement, d'ordonner une expertise avec mission de déterminer la juste facturation pour chacun des dossiers en litige.

— de condamner la MSA à lui payer la somme de 2 000 € en application de l'article 700 du code de procédure civile.

MOTIFS :

Aux termes de l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable au litige, et au régime agricole en vertu de l'article L 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime :

"En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

— des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L 162-1-7, L 162-17, L 165-1, L 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L 162-22-1 et L 162-22-6,

— des frais de transports mentionnés à l'article L 321-1,

l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement."

La sécurité sociale est donc en droit de réclamer restitution à un professionnel des prestations remboursées dès lors que les règles de tarification n'ont pas été respectées.

Ensuite, la tarification à l'activité a été instituée par la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 à l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

L'article 1^{er} de l'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L 162-22-6, applicable lors du contrôle en litige, dispose :

'La catégorie de prestations visée au 1° de l'article R 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants : 1° des forfaits de séjours et de soins dénommés 'groupes homogènes de séjour' (Y) dont la liste est fixée en annexe 1. Ils sont établis selon la classification des groupes homogènes de malades (GHM) fixés par l'arrêté du 31 décembre 2003 susvisé. Le cas échéant, des suppléments journaliers peuvent être facturés en sus de ces forfaits.'

Enfin, l'article R 1112-2 du code de la santé publique dispose :

'Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé.

Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1°-1 Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;

b) Les motifs d'hospitalisation ;

c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;

d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;

e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;

f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;

g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;

h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L 1111-4 ;

i) Le dossier d'anesthésie ;

j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;

k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;

l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R 1221-10 ;

m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;

n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;

o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;

p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

q) Les directives anticipées mentionnées à l'article L1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ; b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;

c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;

d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.'

Il résulte de ces textes que s'il appartient à l'organisme d'assurance maladie de rapporter, à l'appui de sa demande de répétition de l'indu, la preuve du non-respect des règles de tarification et de facturation, et notamment face à un dossier médical complet, de faire ressortir, par les pièces versées aux débats, que les conditions de la facturation ne sont pas remplies, en revanche, lorsque les lacunes ou mentions insuffisantes du dossier médical ne permettent pas aux médecins-contrôleurs d'apprécier la justification de l'hospitalisation, il appartient à l'établissement de santé d'établir par tous moyens que l'acte litigieux nécessitait médicalement un séjour en établissement.

Ainsi, l'application des règles de la tarification à l'activité procède de la nature des actes dispensés tels que mentionnés dans le dossier médical personnel de chacun des patients.

En l'espèce, les médecins-contrôleurs de la MSA ont procédé, en concertation avec le responsable administratif et financier de la XXX et les médecins concernés travaillant à la clinique, au contrôle de dossiers de patients qui ont été soignés par injections intraveineuses transcutanées, soins codifiés AJLF 001 à la CCAM, et pour lesquels la XXX a facturé à la MSA des Y au titre d'hospitalisations à temps partiel.

Les médecins-contrôleurs ont constaté que 426 dossiers ne contenaient pas les éléments médicaux de nature à justifier une hospitalisation à temps partiel et que les patients concernés n'étaient pas très âgés, n'avaient pas de pathologie associée, ne prenaient pas de traitement particulier antérieurement à l'injection, ne présentaient aucune complication ou situation de morbidité, cas qui auraient alors imposé une hospitalisation.

Les médecins-contrôleurs ont également noté l'absence, dans les dossiers en question, de documents relatifs à une prise en charge multidisciplinaire, ou à une surveillance médicale ou para-médicale post-injection, et même l'absence de tout dossier médical d'hospitalisation.

Ces constatations factuelles ne sont pas discutées.

La XXX présente une contestation basée sur le fait que la facturation d'un Y serait justifiée compte tenu de la nature même des soins prodigués et de la qualité du service dû, et effectivement rendu, aux patients.

Il s'agit d'une argumentation d'ordre général qui ne peut suppléer l'absence de justification médicale, pour chaque dossier, d'une hospitalisation à temps partiel.

En outre, la XXX ne prétend pas être en mesure de compléter les dossiers médicaux en question, par production des éléments manquants, et se limite à proposer l'organisation d'une expertise pour 'déterminer la juste facturation pour chacun des dossiers en litige' alors que l'assurance maladie prend en charge, non pas des 'justes facturations' mais les remboursements selon les prestations et tarifs fixés par la réglementation.

Dès lors l'indu qui lui a été notifié est justifié et la XXX doit être condamnée à payer la somme restant due, qui n'est pas discutée, avec intérêts à compter de la notification valant mise en demeure conformément à l'alinéa 3 de l'article 1153 du code civil.

Le jugement sera, par suite, infirmé. Enfin, l'équité permet d'allouer à la MSA la somme de 1 500 € en application de l'article 700 du code de procédure civile.

PAR CES MOTIFS,

— la Cour :

— INFIRME le jugement en toutes ses dispositions ;

— Statuant à nouveau, CONDAMNE la XXX à payer à la MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE de la Gironde, la somme de 7 637,54 Euros avec intérêts au taux légal à compter du 4 juin 2007 au titre de l'indu notifié par lettre du 22 mars 2007, ainsi que la somme de 1 500 Euros en application de l'article 700 du code de procédure civile.

— Le présent arrêt a été signé par Christiane BELIERES, président, et par Michèle X, greffier.

LE GREFFIER LE PRÉSIDENT

M. X C. BELIERES



Cour de Cassation, Chambre civile 2, du 12 juin 2007, 06-12.696, Inédit

Chronologie de l'affaire

CA Versailles 6 décembre 2005	>	CASS Rejet 12 juin 2007
----------------------------------	---	-------------------------------

Sur la décision

Juridiction : Cour de cassation

Numéro(s) de pourvoi : 06-12696

Importance : Inédit

Décision précédente : Cour d'appel de Versailles, 6 décembre 2005

Dispositif : Rejet

Identifiant Légifrance : JURITEXT000007512917

Sur les personnes

Président : Président : M^{me} FAVRE

Parties : caisse régionale d'assurance maladie d'Ile-de-France (CRAMIF)

Texte intégral

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

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

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Versailles, 6 décembre 2005) et les productions, que la caisse régionale d'assurance maladie (CRAMIF) a servi à M. Le X..., président-directeur général de la société Rime, à compter du 11 juin 2000, une pension d'invalidité de deuxième catégorie; que l'intéressé continuant à percevoir un salaire de sa société, la caisse, se fondant sur une enquête effectuée en janvier 2002, a, le 19 septembre 2002, notifié à l'intéressé la suspension du service de la pension à effet du 1^{er} janvier 2001 au motif que le montant cumulé de cette prestation et des salaires avait excédé pendant deux trimestres consécutifs le salaire trimestriel moyen de la dernière année civile précédant l'arrêt de travail suivi d'invalidité, et confirmé sa décision après une seconde enquête effectuée en mai 2005;

Sur le moyen unique du pourvoi principal :

Attendu que la CRAMIF fait grief à l'arrêt d'avoir accueilli le recours de M. Le X... alors, selon le moyen :

1 / que, dans le cadre des vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les assurés sociaux en vue de bénéficier ou de faire bénéficier leurs ayants droit des prestations servies sous condition de ressources au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, les agents des caisses primaires et régionales d'assurance maladie sont autorisés à se rendre directement auprès de la société employant les assurés, sans avoir à convier le représentant

de ladite société à leurs opérations de vérifications, ni à l'interroger, ni à l'informer du cours de l'enquête, ni, enfin, à lui demander l'autorisation d'emporter des documents; qu'ils ne sont pas davantage tenus d'informer leurs assurés de la tenue de telles opérations; qu'en reprochant aux agents de la CRAMIF d'avoir réalisé l'enquête de janvier 2002, sans convier M. Y..., alors administrateur provisoire de la société Rime, à y assister, ni l'interroger sur les irrégularités relevées, ni solliciter de sa part l'autorisation d'emporter des documents de la société et de n'avoir pas pris la peine d'avertir M. Le X... dont le droit à prestations était discuté ou son conseil de la réalisation de la seconde enquête menée en mai 2005, la cour d'appel a violé les articles L. 216-6 et L. 243-7 du code de la sécurité sociale, ensemble l'article R. 216-3-1 du code de la sécurité sociale;

2 / que caractérise une manoeuvre frauduleuse le fait d'établir soi-même ou de faire établir par un employeur complaisant des bulletins de salaire fictifs destinés à un organisme de sécurité sociale aux fins d'obtenir des prestations indues; qu'en l'espèce, il ressort des constatations de l'arrêt attaqué que M. Le X... avait, curieusement, accepté de supporter les risques de l'entreprise, ce qui l'avait privé de toute rémunération en décembre 2000 et juin 2001 et que ses bulletins de salaire, préparés, comme ceux de l'ensemble du personnel, selon les données du mois précédent, pouvaient faire l'objet d'une nouvelle version suivant les instructions données tardivement par l'administrateur provisoire; qu'en outre, la CRAMIF faisait valoir dans ses conclusions d'appel (p.4, 3) que sur un document annexé à la souche de bulletin de paie de juillet 2001 et qu'avait photocopié l'agent enquêteur apparaissaient diverses instructions relatives aux versements des salaires de M. Le X... telles "1/ valider paie juin", puis, "4/ annuler paie juin" et enfin "6/ recalculer

paie juillet de le X... avec sal mois 30 KF + regul sal juin en prime 30 KF avec retenue acomptes de ces sommes perçues" et concluait que le salaire du mois de juin 2001 avait bien été versé à l'intéressé sur sa paie du mois de juillet 2001 ; que l'ensemble de ces circonstances démontrait que l'administrateur provisoire avait fait établir les bulletins de salaire de M. Le X... de façon à ce que ce dernier évite le dépassement du seuil fixé par les articles L. 341-12 et

R. 341-15 du code de la sécurité sociale ; qu'en tirant de la seule constatation que les bulletins de salaire litigieux avaient été établis sous la

seule autorité et la seule responsabilité de l'administrateur provisoire et non sous celle de M. Le X..., la conclusion péremptoire que toute tentative de fraude de la part de ce dernier était impossible, sans rechercher si l'administrateur provisoire n'avait pas fait preuve de complaisance frauduleuse au profit de M. Le X..., la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard du principe "fraus omnia corrumpit";

3 / que, lorsqu'aux termes d'une opération d'enquête, un organisme de sécurité sociale se trouve en possession de documents portant indication de revenus d'un montant différent de celui figurant sur les bulletins de salaire que lui avaient été transmis, pour la même période, l'assuré social, c'est à ce dernier qu'il appartient, en l'absence même de toute intention frauduleuse de sa part, de rapporter la preuve de ce que les sommes par lui encaissées sont bien celles mentionnées sur les bulletins qu'il avait transmis à l'organisme ; qu'en reprochant à la caisse de n'avoir pas rapporté la preuve du caractère erroné des sommes mentionnées sur les bulletins de salaire que lui avait transmis M. Le X..., la cour d'appel a inversé la charge de la preuve en violation de l'article 1315 du code civil ;

Mais attendu que c'est dans l'exercice de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de fait qui lui étaient soumis que la cour d'appel, abstraction faite des motifs surabondants critiqués par la première branche, a, par une décision motivée, retenu que les pensions et salaires constituant les revenus perçus par M. Le X... n'avaient jamais dépassé pendant deux trimestres successifs le montant du salaire trimestriel moyen revalorisé et que la décision de la Caisse, à laquelle la charge de la preuve du

paiement indu incombait, n'était pas fondée ; que le moyen ne peut être accueilli ;

Et sur le moyen unique du pourvoi incident :

Attendu que M. Le X... reproche à la cour d'appel d'avoir ordonné à la CRAMIF la reprise du service de la pension d'invalidité à compter de janvier 2002 alors, selon le moyen, qu'il résulte des énonciations du jugement et de l'arrêt attaqué que la CRAMIF avait, par décision du 19 septembre 2002, rétroactivement suspendu le paiement de la pension à compter du 1^{er} janvier 2001 et réclamé à M. Le X... le remboursement de la pension réglée entre le 1^{er} janvier et le 31 octobre 2001 ; que, dès lors, en décidant, après avoir jugé que cette décision de suspension de la pension d'invalidité était injustifiée, que la caisse devait en reprendre le versement à compter de janvier 2002, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences qui résultaient de ses propres constatations, en violation des articles L. 341-12 et R. 341-15 du code de la sécurité sociale ;

Mais attendu que la cour d'appel devant laquelle M. Le X... poursuivait, aux termes de conclusions déposées et soutenues à l'audience, la reprise du versement de cette prestation "depuis janvier 2002, date à laquelle la caisse a cessé tout versement", n'a fait que statuer dans les limites de la demande ;

D'où il suit que le moyen n'est pas fondé ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE les pourvois principal et incident ;

Condamne la CRAMIF aux dépens ;

Vu l'article 700 du nouveau code de procédure civile, rejette les demandes ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du douze juin deux mille sept.

Cour d'appel de Rouen, 26 janvier 2016, n° 14/01105

Chronologie de l'affaire

TASS Le Havre
10 février 2014

> CA Rouen
Infirmation partielle
26 janvier 2016

Sur la décision

Juridiction : Cour d'appel de Rouen

Numéro(s) : 14/01105

Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Le Havre, 10 février 2014

Sur les personnes

Avocats : Nicolas CHATAIGNIER , Marion FAMERY , Christine CARON-DEBAILLEUL

Parties : SA Clinique de l' Abbaye c/ Caisse du régime social des indépendants

Texte intégral

R.G : 14/01105

COUR D'APPEL DE ROUEN

CHAMBRE DE L'URGENCE ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ARRÊT DU 26 JANVIER 2016

DÉCISION DÉFÉRÉE :

Jugement du TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE
SOCIALE DU HAVRE du 10 Février 2014

APPELANTE :

SA Clinique de l'Abbaye

XXX

XXX

représentée par M^e Christine CARON-DEBAILLEUL ,
avocat au barreau de LILLE

INTIMEE :

Caisse du régime social des indépendants

XXX

XXX

XXX

représentée par M^e Nicolas CHATAIGNIER , avocat au
barreau du HAVRE, substitué par M^e Marion FAMERY ,
avocat au barreau du HAVRE

COMPOSITION DE LA COUR :

Lors des débats et du délibéré :

Madame GELBARD-LE DAUPHIN, Présidente

Madame ROGER-MINNE, Conseiller

Madame X, Conseiller

Madame X a été entendue en son rapport oral avant les
plaidoiries

GREFFIER LORS DES DÉBATS :

M^{me} JEHASSE, Greffier

DÉBATS :

A l'audience publique du 24 Novembre 2015, où l'affaire a
été mise en délibéré au 26 Janvier 2016

ARRÊT :

CONTRADICTOIRE

Prononcé publiquement le 26 Janvier 2016, par mise à
disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en
ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues
au deuxième alinéa de l'article 450 du Code de procédure
civile,

signé par Madame ROGER-MINNE, Conseiller, suppléant du
Président et par M. CABRELLI, Greffier présent à cette
audience.

Dans le cadre de l'article L. 162-22-6 du code de la
sécurité sociale, la clinique de l'Abbaye (la clinique) a été
incluse dans le programme régional de contrôle de la
tarification de l'activité (T2A). Ce contrôle a été effectué sur
site du 16 au 20 février 2009.

Le 27 mai 2009, la caisse du régime social des indépendants (le RSI ou la caisse) a notifié à la clinique un indu d'un montant de 7 823,65 euros pour les dossiers N°125, 187, 76, 169 et 259.

Le 4 février 2010 une mise en demeure de payer l'indu d'un montant de 7 823,65 euros a été notifiée à la clinique.

La clinique a saisi la commission de recours amiable qui, par décision du 9 novembre 2011, a rejeté sa contestation.

Elle a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale du Havre afin de contester cette décision.

Par jugement du 10 février 2014, le tribunal a :

—rejeté la contestation formée par la clinique de l'Abbaye concernant l'indu notifié par la caisse RSI Haute Normandie au titre des dossiers numérotés 125 et 187 pour un montant de 6 620,68 euros,

—annulé l'indu notifié par la caisse RSI Haute Normandie pour les dossiers numérotés 76,169 et 259 pour un montant de 1 202,97 euros,

—dit n'y avoir lieu à application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile,

—débouté les parties de toute demande plus ample ou contraire.

Le 4 mars 2014, la clinique de l'Abbaye a interjeté appel de cette décision.

Par conclusions déposées le 24 novembre 2015, soutenues oralement à l'audience et auxquelles il convient de se référer pour l'exposé détaillé des moyens développés au soutien de ses prétentions, la clinique de l'Abbaye demande à la cour :

—d'annuler la décision de la commission de recours amiable du RSI de Haute Normandie du 9 novembre 2011,

—d'annuler l'indu pour un montant de 6 620,68 euros réclamé par le RSI pour les dossiers de 125 et 187,

—à titre subsidiaire d'ordonner une expertise conformément aux dispositions de l'article R. 142-24 du code de sécurité sociale aux fins de dire, après avoir pris connaissance de l'entier dossier médical des deux patients, si les cotations des groupes homogènes de séjour (GHS) étaient justifiées et dans la négative de préciser quelles cotations pouvaient être retenues,

—de dire mal fondé le RSI en son appel incident,

—de confirmer les dispositions du jugement qui ont annulé l'indu pour un montant de 1 202,97 euros réclamé par le RSI pour les dossiers 76,169 et 259,

—de condamner le RSI en tous les frais et dépens en ce compris la somme de 2 000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Elle soutient pour l'essentiel que :

—s'agissant des dossiers N°125 et 187, le défaut de communication du compte rendu d'hospitalisation ne

justifiait pas à lui seul le refus de prise en charge de l'ensemble des frais de séjour de ces deux patients dès lors que les dossiers médicaux transmis démontraient bien la réalité des soins,

—s'agissant des dossiers N°76 et 169, le RSI ne rapporte pas la preuve du non-respect des règles de codage dont il excipe pour refuser la prise en charge, il remet en cause le diagnostic médical principal arrêté par les médecins de la clinique, ce qui excède ses pouvoirs et il lui appartient dans cette hypothèse de se retourner contre le praticien,

—s'agissant du dossier N°259, elle a établi sa facturation conformément à la cotation du médecin, aussi il appartient au RSI de se retourner contre lui s'il estime que la prestation n'était pas médicalement justifiée.

Par conclusions déposées le 4 novembre 2015, soutenues oralement à l'audience et auxquelles il y a lieu de se référer pour l'exposé détaillé des moyens développés au soutien de ses prétentions, le RSI demande à la cour de :

—confirmer la décision du 10 février 2014 dont appel en ce qu'elle a rejeté la contestation de la clinique concernant l'indu notifié au titre des dossiers 125 et 187 pour un montant de 6 620,68 euros,

—infirmer la décision dont appel en ce qu'elle a annulé l'indu notifié pour les dossiers n°76,169 et 259 pour un montant de 1 202,97 euros,

—rejeter la contestation de la clinique de l'Abbaye concernant l'indu notifié pour un montant de 8 606,02 euros,

—débouter la clinique de sa demande d'expertise,

—réformer la décision en ce qu'elle a débouté la caisse de sa demande fondée sur l'article 700 du code de procédure civile,

—condamner la clinique de l'Abbaye au paiement d'une somme de 2 000 euros au titre de la procédure de première instance sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile, ainsi qu'aux entiers dépens de première instance qui seront distraits au profit de M^e Lhomme sur ses offres de droit,

—condamner la clinique de l'Abbaye au paiement d'une somme de 2 000 euros au titre de la procédure d'appel sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile, ainsi qu'aux entiers dépens d'appel qui seront distraits au profit de M^e Lhomme sur ses offres de droit.

Il fait valoir pour l'essentiel que :

—s'agissant des dossiers N°125, 187 et 259, il manquait au dossier médical le compte rendu d'hospitalisation, la lettre de sortie et le compte rendu opératoire, éléments indispensables au contrôle de facturation et la mesure d'expertise médicale sollicitée à titre subsidiaire par la clinique serait inutile, l'expert ne pouvant que constater l'absence de ces documents au dossier,

—s'agissant des dossiers N°76 et 169, le désaccord porte, non pas sur le choix du diagnostic principal mais sur le respect des règles de codage du guide méthodologique de production des résumés de séjour, lui-même estimant que l'essentiel de

l'effort médical et soignant a été mobilisé pour un motif différent de celui choisi par l'établissement sans qu'aucune explication n'ait pu lui être donnée lors du contrôle sur site,

—s'agissant encore du dossier N°259, l'acte réalisé sous anesthésie locale ne justifiait pas une hospitalisation de jour,

—ces dossiers, qui ont fait l'objet d'un recodage, ont été discutés individuellement avec le médecin responsable de l'établissement lors de la phase de concertation.

SUR CE

1/ Sur les dossiers N° 125, 187 et 259':

Attendu que l'article R.1112-2 du code de la santé publique dispose que le dossier médical constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé contient notamment le compte rendu opératoire, le compte rendu d'hospitalisation, la lettre et la prescription de sortie;

Attendu que, si l'absence de communication par la clinique du dossier médical qui doit être constitué conformément à cet article et auquel, selon l'article L.1112-1 du même code ont accès les médecins-conseils des organismes d'assurance maladie, est de nature à empêcher la caisse de vérifier la pertinence des facturations, les lacunes présentées par ces dossiers, qui entraînent une discussion de ces facturations ne privent pas l'établissement de santé qui les présente au contrôle, d'établir par d'autres moyens le bien fondé de celles-ci;

Qu'il lui incombe, dans la mesure où fait défaut dans un dossier le compte rendu d'hospitalisation ou la lettre de sortie, d'établir que les autres pièces du dossier permettaient de justifier de la facturation qu'elle entendait appliquer;

Que la clinique de l'Abbaye, qui reconnaît que les dossiers médicaux N°125 et 187 ne comportaient pas de compte rendu d'hospitalisation, se borne à cet effet à des affirmations d'ordre général en faisant valoir que le dossier médical des patients qu'elle verse aux débats justifiait de la réalité des soins;

Que s'agissant du dossier N°259 elle est taissante sur la communication du compte rendu d'hospitalisation; que le dossier médical qu'elle verse aux débats ne comporte pas cette pièce;

Qu'à défaut de justification précise pour chacun des dossiers concernés du bien fondé de la tarification appliquée, son recours doit être rejeté de ce chef, la cour n'ayant pas été mise en mesure d'en apprécier la valeur, étant ajouté qu'il n'y a pas lieu de pallier la carence de l'appelante dans l'administration de la preuve par le recours à une expertise;

Que le tribunal des affaires de sécurité sociale a donc à bon droit, rejeté la contestation de la clinique concernant les dossiers N°125 et 187; qu'il aurait dû statuer dans le même sens pour le dossier N°259 pour lequel il n'est pas contesté non plus que le compte rendu d'hospitalisation ait été manquant;

2/ Sur les dossiers N°76 et 169':

Attendu qu'en application de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, tout organisme d'assurance maladie peut, en cas d'inobservation des règles de tarification et de prise en charge des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, recouvrer l'indu correspondant auprès du professionnel de santé ou de l'établissement de soins à l'origine du non respect de la règle; qu'il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés;

Attendu que si la preuve du caractère indu des versements incombait à la caisse, l'établissement de santé doit pouvoir justifier de ce que ceux-ci sont dus à application de la qualification qui leur a été retenue en regard de la tarification;

Attendu que selon l'article 6 de l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, les forfaits GHS sont facturés dans les conditions suivantes : lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

—une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés;

—un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin;

—l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville;

Attendu que le diagnostic principal est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation';

Attendu qu'en l'espèce, dans le dossier N°76, la clinique a codé les actes sous le GHS 1918 pour un patient hospitalisé une journée pour, selon le compte rendu opératoire, une exérèse de lésions sous-fasciales des tissus mous sans dissection vasculaire et réfection pariétale, avec une hospitalisation d'une journée; que la caisse a dégradé la tarification en GHS 1917, générant un indu de 194,83 euros;

Attendu que pour le dossier N° 169, la clinique a codé les actes sous le GHS 1904 pour, selon le compte rendu opératoire, un rétablissement de continuité digestive avec résection rectale et colique gauche complémentaires, libération de l'angle gauche par laparotomie avec préparation par coelioscopie, cure d'éventration post-opératoire sans pose de prothèse par abord direct, avec une hospitalisation de onze jours; que la caisse a dégradé la

tarification en GHS 1903, générant un indu de 796,94 euros;

Attendu que la clinique ne peut se dispenser dans ces dossiers de rapporter la preuve du bien fondé de son codage en se contentant d'affirmer de manière générale et sans se livrer à une démonstration, que la prise en charge des patients respectait les trois critères de l'article 6 I 10 de l'arrêté du 27 février 2007, qui ne s'appliquent d'ailleurs qu'au dossier N°76, le patient ayant été hospitalisé plus d'une journée dans le dossier N°169;

Attendu donc qu'en refusant de faire droit à la demande de répétition de l'indu présentée par la caisse en considérant que celle-ci ne pouvait se contenter pour réclamer le remboursement d'un indu, d'affirmer que les règles de codage du diagnostic principal n'ont pas été respectées dans ces dossiers sans fournir plus amples explications et apporter de justificatifs, le tribunal a inversé la charge de la preuve; que le jugement du 10 février 2014 sera donc infirmé sur ce point;

3/ sur les autres demandes:

Attendu qu'il est équitable de laisser à chaque partie qui succombe partiellement la charge de ses frais irrépétibles; que les demandes présentées sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile seront par conséquent rejetées;

Attendu qu'il est rappelé qu'en cette matière la procédure est sans dépens;

PAR CES MOTIFS

La cour, statuant publiquement, contradictoirement et en dernier ressort,

Confirme le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale de Rouen en date du 10 février 2014 en ce qu'il a rejeté la contestation formé par la clinique de l'Abbaye concernant l'indu notifié par la caisse RSI Haute Normandie au titre des dossiers numérotés 125 et 187 pour un montant de 6 620,68 euros et a dit n'y avoir lieu à application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile,

L'infirmé pour le surplus,

Statuant à nouveau et y ajoutant,

Déboute la clinique de l'Abbaye de sa demande d'expertise,

Rejette la contestation de la clinique de l'Abbaye en ce qui concerne les dossiers N° 76, N°169 et N°259 pour un montant de 1 202,97 euros,

Rejette les demandes sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

LE GREFFIER LE CONSEILLER

Cour d'appel de Rouen, Ch. urgence- séc sociale, 19 mai 2015, n° 13/00968

Chronologie de l'affaire

TASS Le Havre
28 janvier 2013

CA Rouen
Confirmation
19 mai 2015

Sur la décision

Juridiction : Cour d'appel de Rouen

Numéro(s) : 13/00968

Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Le Havre, 28 janvier 2013

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

Sur les personnes

Président : Isabelle GELBARD-LE DAUPHIN, président

Avocats : Anne-Sophie MOULIN , Nicolas BODINEAU

Parties : CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAVRE

Texte intégral

R.G. : 13/00968

COUR D'APPEL DE ROUEN

CHAMBRE DE L'URGENCE ET DE LA SECURITE SOCIALE

ARRET DU 19 MAI 2015

DÉCISION DÉFÉRÉE :

Jugement du TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE DU HAVRE du 28 Janvier 2013

APPELANTE :

Société HOPITAL PRIVE DE L'ESTUAIRE

XXX

XXX

XXX

Représentée par M^e Anne-Sophie MOULIN , avocat au barreau de PARIS, substitué par M^e Nicolas BODINEAU , avocat au barreau de ROUEN

INTIMEE :

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAVRE

XXX

XXX

Représentée par M^{me} Vanessa JOUHAIR, munie d'un pouvoir

COMPOSITION DE LA COUR :

Lors des débats et du délibéré :

Madame B-C, Présidente

Madame HOLMAN, Conseiller

Madame ROGER-MINNE, Conseiller

Madame B-C a été entendue en son rapport avant les plaidoiries

GREFFIER LORS DES DEBATS :

M. CABRELLI, Greffier

DEBATS :

A l'audience publique du 10 Mars 2015, où l'affaire a été mise en délibéré au 19 Mai 2015

ARRET :

CONTRADICTOIRE

Prononcé publiquement le 19 Mai 2015, par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du Code de procédure civile,

signé par Madame B-C, Présidente et par M. CABRELLI, Greffier présent à cette audience.

La société des cliniques Colmoulins et Z A, devenue la société L'Hôpital privé de l'Estuaire (la société) a fait l'objet, du 12 au 21 novembre 2008, d'un contrôle sur site, conformément aux dispositions des articles R.162-42- 9 et suivants du code de la sécurité sociale, au titre du programme régional de contrôle de la Tarification à l'Acte et à l'Activité (T2A).

Un rapport a été adressé à la société le 28 novembre 2008, puis, par lettre recommandée avec avis de réception daté du 6 mai 2009, la directrice de la caisse primaire d'assurance maladie (la CPAM) du Havre a notifié au directeur de l'établissement un indu de 227 829,77 €, cette correspondance étant accompagnée d'un tableau récapitulatif indiquant pour chaque séjour concerné, le motif de l'indu, son montant, la date du versement ainsi que la caisse de rattachement, désignée par un numéro.

Par lettre recommandée avec avis de réception du 5 juin 2009, la société a contesté le bien fondé des conclusions pour 74 dossiers, représentant un montant de 120 514,23 €, et, précisant n'avoir pas d'observations à formuler concernant les 125 autres dossiers, a adressé un chèque de 107 315,49 €.

Par lettre recommandée avec avis de réception du 16 septembre 2009, la CPAM du Havre a maintenu sa position et mis en demeure la société de payer le solde, soit 120 514,28 € augmenté d'une majoration de 10%.

La commission de recours amiable ayant rejeté son recours le 12 avril 2010, la société a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale du Havre qui, par jugement du 28 janvier 2013 notifié le 28 janvier 2013, a rejeté son recours et l'a condamnée à payer la somme de 120 514,28 € assortie de la majoration de 10% soit 132 565,70 € en répétition de l'indu.

Pour statuer ainsi, le tribunal a notamment retenu que la CPAM du Havre, ayant produit les délégations de pouvoirs des CPAM de Rouen et de l'Eure, avait pouvoir de recouvrer les frais indus pour le compte des autres caisses et organismes de sécurité sociale et que la CPAM est fondée à se prévaloir de l'absence de compte rendu d'hospitalisation ou de lettres de sortie pour retenir qu'il y a lieu à répétition de l'indu.

La société Hôpital privé de l'Estuaire a interjeté appel de ce jugement par lettre recommandée du 19 février 2013 reçue au greffe de la cour le 21 février 2013.

Dans ses dernières conclusions déposées le 7 octobre 2014, soutenues oralement à l'audience avant la réouverture des débats résultant de l'arrêt du 18 novembre 2014, elle demande à la cour de :

— juger recevable l'appel,

— infirmer le jugement du 23 janvier 2013 en toutes ses dispositions,

— dire que la CPAM du Havre n'a pas respecté la procédure prescrite aux articles L.133-4 et R.133-9-1 du code de la sécurité sociale,

— dire que l'Hôpital privé de l'Estuaire a respecté les règles de tarification issues de la réglementation en vigueur en 2007 et qu'en violation de l'article 1315 du code civil la CPAM ne rapporte pas la preuve d'un indu au sens de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale,

— annuler la notification d'indu et la décision de la CRA du 12 avril 2010 tendant au remboursement de la somme de 120 514,23 €,

— à titre subsidiaire, ordonner une expertise en donnant mission à l'expert de

* prendre connaissance des dossiers médicaux,

* donner son avis sur le GHS (groupe homogène de séjour) facturé par l'Hôpital privé de l'Estuaire pour chacun des dossiers en litige,

— en tout état de cause, condamner la CPAM du Havre à lui payer la somme de 2500 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

L'appelante fait essentiellement valoir que:

— la procédure est irrégulière au regard de l'article R.133-9-1 du code de la sécurité sociale car une notification 'globale' et une mise en demeure 'globale' lui ont été adressées par la CPAM du Havre, aucun des autres organismes de sécurité sociale concernés ne l'ayant mise en mesure de présenter ses observations,

— en première instance la CPAM du Havre n'a produit que les délégations de pouvoirs des CPAM de Rouen et de l'Eure et non des autres organismes concernés par les notifications d'indus et la lecture du tableau récapitulatif renvoyant sans légende à des chiffres dans la case 'caisse de rattachement' ne permet pas de savoir de quels organismes il s'agit,

— il appartient à la CPAM de rapporter la preuve de ce que les actes effectués ne justifient pas la facturation du GHS litigieux par l'établissement,

— l'article R.133-9-1 impose la motivation de la notification de payer, or en l'espèce, le tableau récapitulatif annexé à la notification de l'indu se retranche derrière des motifs généraux de rejet de facturation, la caisse n'apportant aucun élément qui permettrait d'établir en quoi le GHS retenu par l'établissement est erroné ni la raison pour laquelle le séjour doit faire l'objet d'un recodage ou encore quelle est la pièce manquante au dossier médical et en quoi l'absence de cette pièce n'a pas permis aux médecins conseil d'effectuer leur contrôle,

— le rapport de contrôle n'expose aucun élément précis permettant d'apprécier le rejet de la facturation, ce rapport est inexploitable,

— faute de justification et de preuve quant au caractère erroné des GHS en litige, l'annulation de la notification de la CPAM du Havre et de la décision de la CRA s'impose,

— contrairement à ce qu'affirme la CPAM, les dossiers n'ont pas été revus un à un au cours de la phase de concertation,

— certaines erreurs de codage ont été admises par le médecin DIM, ce qui explique qu'elle ait accepté le remboursement ce

qui n'implique pas que dans les autres dossiers, la position des médecins conseils ait été justifiée,

— le principe du contradictoire consacré à l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme doit être respecté tout au long de la procédure : les médecins contrôleurs sont tenus de rédiger des fiches de contestation lors du contrôle afin de justifier la remise en cause du codage, dossier par dossier,

— les fiches argumentaires prévues par la Charte des engagements de l'assurance maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé ne semblent pas avoir été établies,

— les conditions de facturation des séjours en soins palliatifs contestés (34 dossiers) ont été respectées: c'est la notion de soins qui reste essentielle et en conditionnant la facturation du séjour de soins palliatifs à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire, d'un psychologue ou d'un psychiatre ou d'un diététicien, d'un kinésithérapeute, d'un ergothérapeute, la caisse dénature la loi en introduisant une condition qu'elle ne prévoit pas,

— les patients considérés ont bien été pris en charge par une équipe pluridisciplinaire (pièces 19 et 20),

— la caisse considère que le forfait à facturer doit être celui relatif à l'une des pathologies constatée pendant le séjour, alors que l'essentiel de l'effort de soins pendant le séjour a concerné la prise en charge d'un état général particulièrement dégradé et justifiant des soins très lourds, contrairement à des patients qui auraient présenté la même pathologie dans un contexte médical neutre,

— c'est à la caisse de rapporter la preuve que les actes litigieux ne justifiaient pas la facturation d'un forfait soins palliatifs mais d'un autre forfait et elle se contente en l'espèce d'affirmer, sans produire de pièces justificatives, que le forfait soins palliatifs ne devait pas être facturé, sans indiquer le DP (diagnostic principal) retenu au lieu et place du DP de soins palliatifs,

— le refus de remboursement pour défaut de production du compte rendu d'hospitalisation et/ou de lettre de sortie (33 dossiers) n'est pas justifié: les médecins contrôleurs et la CPAM ne remettent pas en cause la réalité de l'hospitalisation ni sa justification médicale ni la matérialité des actes effectués pendant l'hospitalisation,

— le compte rendu d'hospitalisation n'a pour seule finalité que de synthétiser le séjour à partir des documents figurant dans le dossier médical et n'apporte aucune information supplémentaire, son absence n'entrave ni la qualité du codage, ni le contrôle de celui-ci,

— contrairement à ce que soutient la CPAM, il n'existe aucun texte réglementaire qui subordonne

la facturation d'un séjour à la retranscription de tous les éléments listés à l'article R.1112-2 du code de la santé publique,

— il appartient à la caisse d'établir, ce qu'elle ne fait pas, en quoi la seule absence du compte rendu d'hospitalisation ou de lettre de sortie ne lui a pas permis de procéder aux opérations de contrôle,

— s'agissant de l'expertise sollicitée à titre subsidiaire: l'expertise est nécessaire pour arbitrer entre les deux interprétations en cause, notamment quant au choix du DP de soins palliatifs alors que seul un médecin est autorisé à examiner les dossiers médicaux pour déterminer le bien fondé du DP.

Par conclusions déposées le 4 août 2014 et soutenues oralement à l'audience avant la réouverture des débats, la CPAM du Havre demande la confirmation en toutes ses dispositions du jugement déferé, le rejet du recours de l'Hôpital privé de l'Estuaire et sa condamnation à lui payer la somme de 120 514,28 € assortie de la majoration de 10%, soit 132 565,70 € en répétition de l'indu ainsi que 2000 € sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile en soutenant en substance que :

— c'est à l'établissement de rapporter la preuve, au moment du contrôle, de la justification de la facturation appliquée et, si cette preuve est apportée, à la caisse d'établir le bien fondé du recodage effectué lors du contrôle,

— la notification est motivée puisqu'elle renvoie à un tableau récapitulatif pour chaque séjour contesté la date du règlement, le grief retenu, le numéro de GHS initial, le montant initial du séjour, le montant final du séjour et donc le montant des prestations indûment versées,

— le rapport de contrôle est la synthèse du contrôle réalisé du 12 au 21 novembre 2008, comportant une phase de concertation au cours de laquelle les dossiers ont été vus un par un ou activité par activité selon les souhaits du médecin DIM (médecin délégué à l'information médicale),

— le grief consiste pour 34 dossiers en un désaccord médical sur une pathologie, l'hôpital privé de l'Estuaire ayant retenu le codage en soins palliatifs,

— or, ceci impose un travail des professionnels de santé en équipe pluridisciplinaire, ce qui doit se traduire par l'utilisation de dossiers de soins pluridisciplinaires, et pour pouvoir utiliser le code 'soins palliatifs' (Z51.5) il faut qu'ils aient mobilisé l'essentiel de l'effort de soins au cours du séjour,

— dans les 34 dossiers litigieux, le diagnostic principal de soins palliatifs n'a pas été retenu par les médecins conseils car l'étude des pièces disponibles dans les dossiers médicaux n'a pas permis d'établir qu'au cours de l'hospitalisation, les patients avaient bénéficié de l'association d'une prise en charge multidisciplinaire faisant intervenir au moins un autre intervenant que le personnel médical et infirmier et de prises en charge spécifiques (douleurs avec EVA régulière, nutritionnelles, sociales, psychologiques),

— le grief concernant 33 autres dossiers concerne la 'non présentation d'un élément du dossier médical justifiant la prestation',

— le compte rendu d'hospitalisation est une des pièces indispensables du dossier médical défini par l'article R.1112-2 du code de la santé publique, et permet de vérifier la conformité du codage des informations,

— l'absence de compte rendu d'hospitalisation ou de lettre de sortie est un manquement aux règles de facturation énoncées dans l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié par l'arrêté du 28 février 2006.

Par arrêt avant dire droit du 18 novembre 2014 la cour a ordonné la réouverture des débats en invitant la CPAM du Havre à préciser à quel organisme correspond chacun des numéros figurant dans la rubrique 'caisse de rattachement' du tableau récapitulatif joint à la notification du 5 mai 2009 et à présenter toutes explications utiles à cet égard notamment au regard des dispositions de l'article L.174-18 du code de la sécurité sociale.

La CPAM du Havre a déposé le 8 janvier 2015 de nouvelles écritures auxquelles elle s'est référée à l'audience du 10 mars 2015 en ce qu'elles correspondent à la demande de la cour ayant justifié la réouverture des débats.

Elle fait valoir à cet égard que :

—la caisse 271 correspond à la CPAM d'Evreux pour laquelle elle justifie d'un mandat,

—la caisse 763 correspond à la CPAM du Havre, caisse gestionnaire de ce dossier qui a procédé à la notification,

—la caisse 764 correspond à la caisse de Rouen, pour laquelle un mandat est présenté,

—la caisse 761 correspond à la caisse de Dieppe, pour laquelle un mandat a été présenté en première instance.

Par conclusions déposées le 3 mars 2015, soutenues oralement à l'audience, l'hôpital privé de l'Estuaire se prévaut du défaut de production en appel de la délégation de pouvoir de la CPAM de Dieppe, qui n'avait pas été déjà fusionnée avec les caisses de Rouen et Elbeuf lorsque la procédure de recouvrement de l'indu a été entamée à son encontre le 5 mai 2009 pour soutenir que la violation de la procédure de recouvrement prescrite par la réglementation est caractérisée ce qui la conduit à persister à solliciter l'annulation de la décision critiquée.

Sur ce

Sur la contestation de la régularité de la procédure suivie en vue du recouvrement de l'indu litigieux

Attendu que l'article L.174-18 du code de la sécurité sociale dispose, ainsi que le jugement déféré l'a rappelé, que les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de soins privés mentionnés au d) et e) de l'article L.162-22 -6, pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement, en ajoutant que toutefois par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime;

Attendu que la notification d'indu adressée par lettre recommandée avec avis de réception daté du 6 mai 2009 et signée de la directrice de la CPAM du Havre, au directeur de la société des cliniques Colmoulins et Z A, située à Harfleur, dans le ressort géographique de cette caisse, comporte, en annexe, un tableau récapitulatif détaillant un certain nombre d'éléments concernant chacun des séjours pour lesquels des anomalies ont été constatées;

Que dans la rubrique 'caisse de rattachement' figure, pour chaque séjour en cause dans les vingt pages de ce tableau, un numéro commençant dans tous les cas par '27', '761',

'763' et '764' identifiant les CPAM de l'Eure, de Dieppe du Havre et de Rouen;

Qu'en appel, la CPAM du Havre produit deux délégations, signées le 2 janvier 2009, aux termes desquelles le directeur de la CPAM de Rouen et le directeur de la CPAM de l'Eure ont donné mandat à la directrice de la CPAM du Havre ou à tout agent de son organisme qu'elle aura elle-même désigné à cet effet pour notifier les indus, recevoir et répondre aux observations, adresser les mises en demeure aux établissements de santé ayant fait l'objet d'un contrôle de tarification à l'acte et à l'activité dans le ressort géographique de la CPAM du Havre;

Que l'intimée n'a en revanche pas été en mesure de verser aux débats une délégation de pouvoir de la CPAM de Dieppe pour le compte de laquelle elle a agi en recouvrement de l'indu versé au titre d'un seul dossier, référencé n°OGC : 388, l'indu réclamé à ce titre s'étant élevé à la somme de 771,96 €; Que ce dossier fait partie de ceux pour lesquels l'appelante a accepté les remarques des médecins contrôleurs (cf la lettre recommandée du docteur Y du 29 décembre 2008, page 17) et ne fait donc pas partie des dossiers demeurant en litige;

Que le moyen tiré de l'irrégularité de la procédure au regard de l'article R.133-9-1 du code de la sécurité sociale est ainsi inopérant, la CPAM du Havre ayant reçu pouvoir des autres CPAM concernées, ayant chacune pouvoir d'agir pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie, l'Hôpital de l'Estuaire ne pouvant utilement soutenir que le défaut de production de la délégation de pouvoir de la caisse de Dieppe vicie l'ensemble de la procédure de recouvrement en cause;

Attendu que selon l'article R.133-9-1 du code de la sécurité sociale, issu des dispositions du décret n°2006-1591 du 13 décembre 2006, la notification de l'indu prévue par l'article L.133-4 de ce code doit faire l'objet d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, qui précise notamment la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement; que suivant les mêmes dispositions, la mise en demeure prévue par l'article L.133-4 précité comporte la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement et le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées;

Attendu que la notification d'indu a bien donné lieu à l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception signé le 6 mai 2009, rappelant les dates de contrôle;

Que le tableau récapitulatif joint à cette notification en annexe, développé sur vingt pages, précise pour chaque séjour concerné, la date d'entrée, la date de sortie, le numéro du GHS initial, le numéro du GHS final, le montant du séjour avant contrôle, le montant du séjour après contrôle, le montant de l'indu, la date de règlement par la caisse et le 'fait reproché' en des termes explicites pour l'établissement contrôlé tels que, par exemple : 'GHS: non respect des règles de codage du guide méthodologique de production des résumés de sortie: DAS (erreur de codage)' (OGC n°75 ou n°127 notamment);

Que la société a été ainsi mise en mesure de connaître la cause, la nature et le montant de l'indu réclamé, ce dont atteste la teueur de la lettre d'observations du 3 juin 2009 reprenant en un tableau récapitulatif les

données communiquées en annexe de la notification précitée, avec les contestations émises pour une partie des dossiers, le paiement de l'indu pour les séjours au titre desquels l'indu n'était pas contesté supposant que le bien fondé de la position de la CPAM était admis, étant souligné que la rédaction ci-dessus mentionnée du 'fait reproché' pour les OGC numéros 75 et 127 a permis dans le premier cas une contestation, le dossier devant être codé en soins palliatifs selon l'établissement tandis que l'indu n'a pas été contesté dans le second ;

Que la mise en demeure adressée par lettre recommandée avec avis de réception du 16 septembre 2009 comporte bien en particulier les motifs qui ont conduit à rejeter les observations présentées;

Qu'en particulier, il est précisé, s'agissant des 34 dossiers 'soins palliatifs':

'Le respect de la définition des soins palliatifs (énoncés dans la loi 99-477 du 9 juin 1999, la circulaire DHOS du 19 février 2002, les recommandations de l'ANAES de 2002 et la circulaire n°DHOS/02/03 CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008), conditionne leur mention en qualité de diagnostic principal(cf. guide de production des RSS du PMSI en MCO, arrêté du 28/02/2006, page 32).

Dans le cas des 34 dossiers que vous citez, le diagnostic (DP) de soins palliatifs n'a pas été retenu par les médecins car leur définition n'était pas respectée. En effet, l'étude des pièces disponibles dans les dossiers médicaux n'a pas permis d'établir qu'au cours de l'hospitalisation, les patients avaient bénéficié de l'association :

—d'une prise en charge multidisciplinaire faisant intervenir outre le personnel médical et infirmier, au moins un autre intervenant (psychologue, diététicienne, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute...

Et

—de prises en charge spécifiques (douleurs avec EVA régulière, nutritionnelles, sociales, psychologiques...);

Que par ailleurs, il faut relever que le rapport de contrôle du 28 novembre 2008 signé des médecins contrôleurs décrit précisément, conformément aux prévisions de l'article R.162-42-10 du code de la sécurité sociale, les modalités de réalisation du contrôle en se référant à une phase de concertation, à propos de laquelle il est rapporté que: 'certaines activités ont été traitées globalement. La majorité des discordances a été examinée dossier par dossier'et en ajoutant qu'un procès-verbal de concertation a été rédigé précisant les participants et les modalités de discussion;

Que ce rapport détaille ensuite les résultats du contrôle en distinguant vingt rubriques, avec pour la plupart d'entre elles un commentaire expliquant la divergence d'appréciation entre les médecins contrôleurs et les représentants de l'établissement contrôlé;

Que le docteur Y, médecin DIM, a détaillé sur dix-sept pages de commentaires, dans une lettre recommandée datée du 29 décembre 2008, les cas dans lesquels les 'relecteurs' s'étaient rangés à l'avis des contrôleurs et ceux dans lesquels les contestations étaient maintenues;

Qu'au vu de l'ensemble de ces éléments, le grief tenant au défaut de respect du principe du contradictoire apparaît privé de pertinence, sans que le défaut de communication de fiches argumentaires—prévues par la Charte des engagements de l'Assurance maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé— invoqué par l'appelante puisse remettre en cause le respect de ce principe dès lors que la société a pu prendre connaissance des données justifiant selon la CPAM l'indu et y répondre au cours des différentes étapes de la procédure de contrôle;

Sur le fond

Attendu que si la preuve du caractère indu des versements incombe à la CPAM, l'établissement de santé doit pouvoir justifier de ce qu'il était fondé à appliquer la qualification qu'il avait retenue au regard de la tarification;

1/ Sur la remise en cause de la facturation de 34 séjours en soins palliatifs

Attendu que l'article L.1110-10 du code de la santé publique définit les soins palliatifs comme des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile, qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage;

Que c'est ainsi à tort que la société appelante prétend que la CPAM du Havre ajoute à la loi en subordonnant la qualification de soins palliatifs à la condition de l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire alors que cette condition résulte de la lettre même de la disposition législative précitée;

Attendu qu'il n'est certes pas contesté que la société Hôpital privé de l'Estuaire s'est vu reconnaître (le 14 décembre 2004) par l'Agence régionale de l'hospitalisation de Haute Normandie cinq lits identifiés en 'soins palliatifs';

Que les médecins contrôleurs qui ont eu accès aux dossiers des patients ont constaté, pour 68 dossiers sur les 80 dossiers contrôlés pour lesquels le diagnostic principal pris en compte avait été celui de soins palliatifs (cf le rapport du 28 novembre 2008, avant que la société décide de s'acquitter d'une part de l'indu réclamé) que ce diagnostic principal devait être remis en cause en raison:

—soit de l'existence d'un motif d'hospitalisation en rapport avec une complication, une affection intercurrente, la découverte d'une localisation secondaire justifiant la prise en charge du séjour,

—soit de l'absence d'élément au dossier médical témoignant de la prise en charge pluridisciplinaire ou de soins de support;

Que la lettre d'observations du 5 juin 2009 conteste pour 34 dossiers le bien fondé de l'indu en des termes généraux;

Que pour justifier devant la cour le bien fondé de sa contestation de l'indu retenu par la CPAM du Havre, la société, qui dispose des dossiers administratifs et médicaux des patients concernés, invoque seulement deux pièces :

— un document (pièce n°19) présentant de manière générale la prise en charge des patients en soins palliatifs dans l'établissement, ce qui ne saurait justifier le codage initialement choisi pour chacun des 34 séjours litigieux,

— une fiche de transmission et une lettre adressée au docteur X concernant le séjour d'un patient hospitalisé du 22 au 30 septembre 2009 (pièce n°20), ce séjour ne faisant par conséquent pas partie de ceux qui ont été contrôlés au cours du mois de novembre 2008;

Qu'en l'absence de toute donnée précise venant contredire les constatations du rapport de contrôle quant au fait que les dossiers des 34 séjours en cause ne comportent pas de données justifiant le diagnostic principal de soins palliatifs, le recours de l'appelante doit être rejeté de ce chef, étant observé qu'il n'y a pas lieu d'ordonner l'expertise sollicitée subsidiairement;

2/ Sur le défaut de compte rendu d'hospitalisation ou de lettre de sortie

Attendu que la CPAM du Havre ne conteste pas pour les 33 dossiers en cause la réalité de l'hospitalisation et des actes effectués, mais oppose à l'appelante le caractère incomplet du dossier en soutenant que l'absence au dossier du compte rendu d'hospitalisation n'a pas permis de vérifier la conformité du codage des informations portées sur le RSS par l'établissement et donc d'accepter la facturation des séjours; qu'elle assimile à cet égard l'absence de lettre de sortie au défaut de compte-rendu d'hospitalisation;

Attendu que l'article R.1112-2 du code de la santé publique dispose que le dossier médical constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé publique ou privé contient au moins les éléments suivants: 1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment (...); 2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour qui comportent notamment a) le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie (...);

Attendu que si l'absence de communication par la clinique du dossier médical qui doit être constitué conformément à cet article et auquel, selon l'article L.1112-1 du même code, ont accès les médecins-conseils des organismes d'assurance maladie est de nature à empêcher la caisse de vérifier la pertinence des facturations, les lacunes présentées par ce dossier qui entraînent une discussion de ces facturations ne privent pas, certes, l'établissement de santé qui l'a présenté au contrôle d'établir par d'autres moyens le bien fondé de celles-ci;

Que c'est à tort que l'appelante prétend que la caisse n'apporte pas d'élément permettant d'établir notamment en quoi le GHS qu'elle a retenu dans certains dossiers est erroné;

Qu'il lui incombe, dans la mesure où fait défaut dans un dossier le compte rendu d'hospitalisation ou la lettre de sortie, d'établir que les autres pièces du dossier permettaient de justifier de la facturation qu'elle entendait appliquer;

Qu'elle se borne à cet effet à des affirmations d'ordre général en faisant valoir que le document manquant ne consiste qu'en une synthèse qui n'apporte par elle-même aucune

information complémentaire, argument qui conduirait au demeurant, s'il était retenu, à dispenser en pratique systématiquement les établissements d'avoir à rendre compte du défaut de rédaction de ce compte rendu ou de la lettre de sortie;

Qu'à défaut de justification précise pour chacun des dossiers concernés du bien fondé de la tarification appliquée, son recours doit être rejeté de ce chef, la cour n'ayant pas été mise en mesure d'en apprécier la valeur et la décision du tribunal des affaires de sécurité sociale sera confirmée de ce chef, étant ajouté qu'il n'y a pas lieu de pallier la carence de l'appelante dans l'administration de la preuve par le recours à une expertise;

3/ Sur les huit autres dossiers restant en litige

Attendu que l'appelante se borne à cet égard à se référer aux observations de son médecin Dim dans les correspondances des 29 décembre 2008 et le 3 juin 2009 concernant le codage des 'DAS', les hospitalisations de jour et les test Datim 30 sans développer les éléments justifiant du bien fondé des tarifications appliquées;

Qu'en ce qui concerne les deux dossiers pour lesquels le grief réside dans le manquement aux règles de facturation fixées en application de l'article L.162-22-6 (prise en charge de moins d'une journée- manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6) , qui apparaissent être les dossiers référencés OGC N° 329 et OGC N°352 il y a lieu de faire les observations suivantes :

— un GHS ne peut être facturé pour une hospitalisation de jour que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

* une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 612 4 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux , en matériel et en personnel , et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés,

* un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou à la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin,

* l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état du patient,

— l'hôpital privé de l'Estuaire ne justifiant pas de la réunion de ces conditions pour l'un des dossiers, la contestation soulevée à ce titre n'est pas fondée,

— le second de ces dossiers apparaît concerner le cas d'un patient transféré à la clinique du Trocadéro le 4 juin 2007 après son hospitalisation la veille à l'Hôpital privé de l'Estuaire, puis revenu le 5 juin 2007, et c'est dans ces conditions à juste titre que la CPAM a fait valoir lors du contrôle que ce transfert d'une durée inférieure à deux jours ne pouvait entraîner une modification du tarif forfaitaire du séjour en cause;

Qu'en ce qui concerne les quatre dossiers référencés OGC N°411, 419, 421 et 422, la CPAM a, à juste titre retenu un indu en considérant que dès lors qu'il n'est pas découvert de cause à la symptomatologie, celle-ci doit être considérée comme le diagnostic principal de même qu'en l'absence de

confirmation d'une suspicion de diagnostic , le diagnostic principal retenu doit être la symptomatologie à l'origine de la suspicion;

Qu'enfin, la cour n'est pas en mesure de définir, au vu des explications des parties qui ne s'appuient pas notamment sur les références de ces dossiers, quels sont les deux autres dossiers qui seraient également contestés, d'où il suit que le recours ne peut qu'être également rejeté à ce titre;

Qu'en conséquence, le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale du Havre du 28 janvier 2013 doit être confirmé en toutes ses dispositions;

Attendu qu'il n'y a pas lieu de faire application des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile;

Par ces motifs

Statuant publiquement, contradictoirement et en dernier ressort

— Confirme le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale du Havre du 28 janvier 2013 en toutes ses dispositions,

— Dit n'y avoir lieu à application de l'article 700 du code de procédure civile,

— Dit n'y avoir lieu à paiement du droit prévu par l'article R.144-10 du code de la sécurité sociale.

LE GREFFIER LE PRESIDENT

Cour de Cassation, Chambre sociale, du 17 janvier 2002, 00-16.162, Inédit

Chronologie de l'affaire

TASS Valence
17 mai 2000

CASS
Rejet
17 janvier 2002

Sur la décision

Juridiction : Cour de cassation

Numéro(s) de pourvoi : 00-16162

Importance : Inédit

Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Valence, 17 mai 2000

Dispositif : Rejet

Identifiant Légifrance : JURITEXT000007432672

Sur les personnes

Président : Président : M. SARGOS

Parties : Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Drôme

Texte intégral

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

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

Sur le pourvoi formé par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Drôme, dont le siège est avenue du président Edouard X..., 26010 Valence Cedex,

en cassation d'un jugement rendu le 17 mai 2000 par le tribunal des affaires de sécurité sociale de Valence, au profit de M. Jean-Louis Lab, domicilié clinique Générale ...,

défendeur à la cassation ;

La demanderesse invoque, à l'appui de son pourvoi, le moyen unique de cassation annexé au présent arrêt ;

LA COUR, en l'audience publique du 15 novembre 2001, où étaient présents : M. Sargos, président, M^{me} Slove, conseiller référendaire rapporteur, MM. Gougé, Ollier, Thavaud, Dupuis, M^{me} Duvernier, MM. Duffau, Tredez, conseillers, MM. Petit, Paul-Loubière, conseillers référendaires, M. Duplat, avocat général, M. Richard, greffier de chambre ;

Sur le rapport de M^{me} Slove, conseiller référendaire, les observations de la SCP Rouvière et Boutet, avocat de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Drôme, de la SCP Richard et Mandelkern, avocat de M. Y..., les conclusions de M. Duplat, avocat général, et après en avoir délibéré conformément à la loi ;

Sur le moyen unique, pris en ses trois branches :

Attendu qu'à la suite d'une enquête effectuée à la clinique dans laquelle exerce M. Y..., médecin radiologue, la caisse primaire d'assurance maladie a réclamé à ce praticien le remboursement d'une somme correspondant à des actes de radiodiagnostic réalisés entre le 1^{er} janvier 1995 et le 31 mars 1996 dont les comptes rendus ne figuraient pas dans les dossiers des patients ; que le tribunal des affaires de sécurité sociale (Valence, 17 mai 2000) a accueilli le recours de M. Y... ;

Attendu que la Caisse fait grief au jugement d'avoir ainsi statué alors, selon le moyen :

1 / que la prise en charge ou le remboursement d'un acte médical par une caisse primaire d'assurance maladie est subordonnée, outre à son inscription à la nomenclature, au respect des conditions de ladite nomenclature et des textes qui en régulent l'application ; qu'en matière de radiodiagnostic, la nomenclature (3^e partie, titre I, chapitre 1, article 1) spécifie que "pour donner lieu à remboursement, tout acte de radiodiagnostic doit comporter une ou plusieurs incidence(s) radiographique(s) matérialisée(s) par un document film ou épreuve et être accompagné d'un compte rendu écrit signé par le médecin" ; que le compte rendu écrit est une condition de la prise en charge de l'acte et non un élément de preuve de la réalisation de cet acte ; que d'autre part, les articles 14, 15 et 16 de la Convention type de l'hospitalisation privée (arrêté du 29 juin 1978) spécifient que l'établissement donne toutes facilités nécessaires à l'exercice de contrôles prévus par les textes légaux et qu'il doit tenir tous les documents obligatoires, en particulier "un dossier médical comportant notamment une observation médicale, et les résultats des examens complémentaires pratiqués..." ; que le décret 84-1042 du 28 novembre 1984 relatif à l'exercice du contrôle médical dans les établissements recevant des

bénéficiaires de l'assurance maladie dispose pour sa part (art.1 et suivants) que pour exercer les contrôles, les médecins conseils chargés de les effectuer ont librement accès à tout établissement, tous renseignements et tous documents administratifs d'ordre individuel ou général étant tenus à leur disposition par le directeur de l'établissement ; qu'enfin les articles R. 710-2-1 et R. 710-2-9 issus du décret 92-329 du 30 mars 1992 rappellent que la constitution du dossier médical a lieu sous la responsabilité du praticien qui en a la charge; que dans de telles conditions, la décision attaquée ne pouvait imposer à la Caisse, à l'encontre des textes, le remboursement des actes de radiodiagnostic litigieux sur le seul fondement d'un arrêt visant des textes du 22 février 1973 et 29 juin 1978, et étranger aux actes de radiodiagnostic, en violation des articles L. 133-4 du Code de la sécurité sociale, 14,15 et 16 de la Convention type de l'hospitalisation privée (arrêté du 29 juin 1978), de la nomenclature générale des actes professionnels (article 5 et 3^e partie, titre I, chapitre 1, articles 1 et 2), des articles 1 et suivants, 11 du décret n° 84-1042 du 28 novembre 1984, du décret 92-329 du 30 mars 1992 et des articles R. 710-2-1 et R. 710-2-9 du Code de la santé publique ;

2 / subsidiairement, que la décision attaquée renverse la charge de la preuve en reprochant aux contrôleurs de n'avoir pas paré au défaut de présentation des comptes rendus légalement exigibles, là où il incombait au minimum au praticien défaillant de les extraire de son ordinateur et de les présenter au contrôle en violation des articles 1315 du Code civil, 14, 15 et 16 de la Convention type de l'hospitalisation privée, 1 et suivants du décret du 28 novembre 1984 ;

3 / plus subsidiairement que la défaillance du praticien étant constatée au regard des obligations légales, il appartenait à la juridiction saisie d'ordonner un complément d'instruction, mais non de mettre à néant la

créance de restitution de l'organisme social dont le mal fondé n'était pas établi; que le jugement manque de base légale au regard des articles L. 133-4 du Code de la sécurité sociale et 1, chapitre I, titre I de la 3^e partie de la nomenclature ;

Mais attendu que la demande de la caisse dirigée contre le praticien était fondée sur les dispositions de l'article L. 133-4 du Code de la sécurité sociale; que dès lors seule l'inobservation par M. Y... des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels, à savoir des articles 1 et 2 du chapitre 1 du titre I de la 3^e partie de celle-ci, selon lesquelles, pour donner lieu à remboursement, tout acte de radiodiagnostic doit comporter un certain nombre d'incidences radiographiques et être accompagné d'un compte rendu écrit, signé par le praticien, pouvait justifier la réclamation tendant au recouvrement d'un indu ; **que le seul fait que le compte rendu n'ait pas figuré au dossier médical ne saurait justifier la demande de remboursement de la Caisse;**

que le moyen n'est fondé en aucune de ses branches ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne la Caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme aux dépens ;

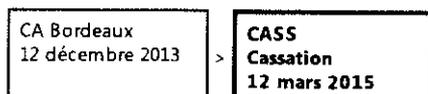
Vu l'article 700 du nouveau Code de procédure civile, condamne la Caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme à payer à M. Y... la somme de 450 euros ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de Cassation, Chambre sociale, et prononcé par le président en son audience publique du dix-sept janvier deux mille deux.



Cour de cassation, Chambre civile 2, 12 mars 2015, 14-11.514, Inédit

Chronologie de l'affaire



Sur la décision

Juridiction : Cour de cassation

Numéro(s) de pourvoi : 14-11514

Importance : Inédit

Décision précédente : Cour d'appel de Bordeaux, 12 décembre 2013

Dispositif : Cassation

Identifiant Légifrance : JURITEXT000030353997

Identifiant européen : ECLI:FR:CCA55:2015:C200395

Sur les personnes

Président : M^{me} Flise (président)

Avocat : M^e Foussard

Parties : CPAM de la Gironde c/ Ministre chargé de la sécurité sociale, Société Clinique Sainte-Anne

Texte intégral

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

Donne acte à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde du désistement de son pourvoi en tant que dirigé contre le ministre chargé de la sécurité sociale ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué, que la clinique Saint-Anne (la clinique) a fait l'objet, en novembre 2008, d'un contrôle de son activité à la suite duquel la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde (la caisse) lui a notifié, le 21 juillet 2009, un indu correspondant à des anomalies relevées dans la tarification et la facturation de certains actes réalisés au cours de l'année 2007 ; que la clinique a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale ;

Sur le premier moyen, pris en sa seconde branche :

Attendu qu'il n'y a pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée sur le moyen annexé qui n'est manifestement pas de nature à entraîner la cassation ;

Mais sur le second moyen, pris en sa seconde branche :

Vu les articles L. 133-4, L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, 5, I, 10° de l'arrêté du 5 mars 2006 et 6, I, 10° de l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Attendu qu'il résulte des deux derniers de ces textes, que lorsqu'un patient est pris en charge moins d'une journée par un établissement de santé, un groupe homogène de séjour (GHS) ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui répondent aux conditions qu'il fixe ; que, selon le premier, en cas d'observation des règles de facturation des prestations relevant du deuxième, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine de leur non-respect ;

Attendu que, par l'arrêt attaqué, l'indu a été facturé et que la caisse ne contestait pas la réalité de ce que la clinique a facturé l'indemnité des GHS dans les dossiers litigieux ;

Qu'en se déterminant ainsi, sans rechercher si les conditions cumulatives exigées par l'arrêté du 5 mars 2006 et l'arrêté du 27 février 2007, successivement applicables au cours de l'année 2007, étaient réunies, alors qu'il résultait de ses constatations que la caisse ne contestait ni la réalité, ni la cotation des actes pratiqués pour chacun des dossiers litigieux, mais la justification du séjour compte tenu de la nature des actes, de sorte qu'était en cause la qualification des actes litigieux au regard des règles de tarification, la cour d'appel n'a pas donné de base légale à sa décision ;

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, l'arrêt rendu le 12 décembre 2013, entre les parties, par la cour d'appel de Bordeaux ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit arrêt et, pour être fait droit, les renvoie devant la cour d'appel de

Toulouse ;

Condamne la clinique Saint-Anne aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, condamne la clinique Sainte-Anne à payer à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde 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 de l'arrêt cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du douze mars deux mille quinze.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

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

PREMIER MOYEN DE CASSATION

L'arrêt attaqué encourt la censure ;

EN CE QU'il a annulé la notification d'indu émanant de la CPAM DE LA GIRONDE en date du 21 juillet 2009 et la mise en demeure subséquente du 19 septembre 2009, ensemble annuler la décision de la commission de recours amiable du 17 novembre 2009 ;

AUX MOTIFS PROPRES QU' « au-delà du principe essentiel de motivation des décisions administratives, l'article 25 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations indique que les décisions des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole de salariés ou de non salariés ordonnant le reversement des prestations sociales indûment perçues sont motivées ; que cette obligation est expressément reprise à l'article R 133-9-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la notification de payer prévue à l'article L 133-4 est envoyée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie

au professionnel ou à l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ; que cette lettre précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie ; qu'en cas de désaccord avec les observations de l'intéressé et en l'absence de paiement dans le délai imparti, le directeur de l'organisme lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception la lettre de mise en demeure prévue à l'article L 133-4 ; que cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à un recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées... ; que d'autre part, aux termes de l'article 1315 du code civil, il appartient à celui qui réclame l'exécution d'une obligation de la prouver ; que de l'analyse de ces textes, il ne saurait être contesté que l'organisme de sécurité sociale qui réclame une somme (indu) au professionnel de santé doit motiver sa réclamation (cause, nature et montant de la somme réclamée) avec les raisons précises qui l'ont conduit à ne pas fait droit aux observations ; qu'ainsi, s'agissant de la réclamation de l'indu résultant d'une facturation de GHS, il appartient à la CAISSE de faire ressortir par les pièces versées aux débats que les conditions de la facturation d'un forfait GHS ne sont pas remplies dans les dossiers qu'elle a retenus, notamment par le non-respect d'une des trois conditions cumulatives posées par l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale ; qu'ensuite, sans renverser la charge de la preuve, l'établissement de soins discute les éléments de fait et de preuve en indiquant au juge les raisons pour lesquelles selon lui il pouvait facturer un forfait GRS sous le bénéfice de l'article précité ; que la Cour cependant estime dans le dossier spécifique qui

lui est soumis, avoir les éléments suffisants pour déterminer, si les actes litigieux, dont la réalité n'est pas contestée, ont été justement facturés par la CLINIQUE ; * Sur la facturation des séjours incriminés ; que le dossier soumis à la Cour se situe dans le contexte de la mise en place- de la tarification à l'activité (T2A) intervenue en mars 2005 dans les établissements privés à but lucratif pour leur activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, la mise en place de cette nouvelle tarification à l'activité laisse cependant subsister les dispositions de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 ainsi que les règles de nomenclature, notamment la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; que la règle de la T2A est la suivante: à un séjour correspond, un forfait de séjour et de soins appelé Groupe Homogène de Séjour (GHS) et un tarif ; que le financement de la T2A reposant sur une déclaration d'activité de l'établissement, le contrôle de la CAISSE consiste à s'assurer que la prestation facturée a bien été réalisée et correctement facturée ; qu'en l'espèce, il est question de la facturation de forfaits GHS (Groupe Homogène de Séjour) par la CLINIQUE sur des patients pris en charge moins d'une journée, pour des actes de petite chirurgie dermatologique ; que selon les dispositions de l'article 5, 10° de l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L 162- 22-6 du code de sécurité sociale, lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception du cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un groupe homogène de séjour (GHS) ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent - une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D 6124-301

du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient et que lorsqu'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville ; que dans les cas qui lui sont soumis, la Cour note tout d'abord que la CAISSE ne conteste pas la réalité des actes pratiqués à la CLINIQUE ni leur cotation mais la justification d'un séjour compte tenu de la nature de l'acte, les actes en cause étant couramment effectués par les dermatologues à leur cabinet ; que les contrôleurs de la CAISSE, après étude des séjours hospitaliers litigieux, ont noté que dans les tous les dossiers, s'il existait un compte rendu opératoire, manquaient des informations relatives à la prise en charge au cours de l'hospitalisation (état médical des patients, surveillance infirmière et soins reçus au cours du séjour témoignant de l'utilisation d'un lit); pour elle, dans tous ces séjours, aucun élément ne témoigne d'une prise en charge de type hospitalier qui pourrait être due à la lourdeur de l'acte et/ou à l'état de santé du patient ; qu'à ce propos, la CAISSE rappelle les pièces que doit contenir un dossier médical d'hospitalisation au vu de l'article R 1112-2 du code de la santé publique, les conditions de l'hospitalisation à temps partiel au vu des décrets du 2 octobre 1992 ainsi que les conditions dans lesquelles se déroule le contrôle, strictement encadré par le guide du "contrôle externe régional ; que dès lors,

pour la CAISSE, les conditions, de la facturation d'un GHS, c'est à dire d'un forfait d'hospitalisation, à l'occasion de la réalisation de ces actes, n'étaient pas remplies, les éléments médicaux figurant dans les dossiers correspondants des patients ne le justifiant pas ; qu'au vu de ces éléments, la Cour estime, sans renverser la charge de la preuve qu'il appartient maintenant à la CLINIQUE de lui donner à son tour les éléments permettant d'apprécier le bien-fondé de sa facturation c'est à dire d'expliquer pourquoi selon elle, les actes facturés en GHS pouvaient bien, sachant que pour la Cour, la facturation d'un GHS ne peut s'appuyer ni sur la standardisation de la prise en charge hautement spécialisée, ni sur le seul environnement opératoire, mais sur la nécessité médicale de la prise en charge du patient dans une unité d'hospitalisation telle que définie par les dispositions de l'article 5, 10° de l'arrêté du 5 mars 2006 précité ; que la CLINIQUE soutient qu'aucun texte ne statue sur la faisabilité ou non d'un acte en chirurgie ambulatoire et que cette décision dépend du praticien en fonction du patient et de l'acte à réaliser ; qu'en conséquence, elle estime qu'elle pouvait tout à fait facturer les GHS litigieux ; qu'au regard de ce qui précède, la réalité de la prise en charge des patients, pour des affections de l'oeil, toujours délicates, la Cour estime qu'il ne découlait pas l'absence de certaines pièces dans les dossiers litigieux (à considérer que cette absence soit ,acquise, ce qui n'est d'ailleurs pas démontré par la CAISSE) une impossibilité pour la CAISSE de vérifier la pertinence du choix de réaliser ces actes sensibles dans un environnement hospitalier d'hygiène et de sécurité sanitaire ; qu'aux termes de cette analyse, la Cour considère donc, comme les premiers juges, que la CAISSE ne rapporte pas la preuve de ce que la CLINIQUE a facturé indûment des GHS dans les dossiers litigieux et confirme ainsi la décision entreprise ; qu'il n'y a donc pas lieu à se pencher sur le moyen

subsidaire de la CLINIQUE tiré de la non validité des opérations de contrôle et/ou de vérification, de la procédure et du rapport y afférent » ;

ET AUX MOTIFS EVENTUELLEMENT ADOPTES QU' « aux termes de l'article 1315 du Code civil, « celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré, doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation ; qu'en outre, l'article 5-I-10° de l'arrêté du 5 mars 2006, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, en vigueur lors des facturations litigieuses, dispose : « Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence et des cas où la prestation nécessite l'utilisation du secteur opératoire du fait de la nature de l'acte, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ; l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient. » ; que de même, l'article 64-10° de l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des

prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, en vigueur lors des facturations litigieuses, dispose : « Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; - un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ; - l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient ; que de même, l'article 6-I-10° de l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisations pour les activités de médecine, chirurgie, obstétriques et odontologie, et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, en vigueur lors des facturations litigieuses, dispose « Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent : - une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; - un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise

en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ; - l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient ; lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville » ; qu'il en résulte que s'il n'appartient pas effectivement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'apporter la preuve que le choix médical de l'hospitalisation n'est pas opportun, en revanche, il lui incombe de rapporter la preuve que les dossiers médicaux litigieux ne comportaient pas les éléments suffisants pour vérifier que les trois conditions cumulatives nécessaires à la tarification d'un GUS n'étaient pas remplies ; que dans un second temps, il appartient à l'établissement de rapporter la preuve qu'elle a bien justifié par des éléments médico-administratifs de chaque dossier contrôlé, que les trois conditions de facturation d'un GHS sont remplies ; qu'en l'espèce, la caisse produit les conclusions d'un rapport contenant les observations des praticiens contrôleurs selon lesquelles le champ de contrôle concernant les séjours correspondant au GHS 8047 est passible de sanctions financières, au motif qu'après concertation avec le médecin responsable du Département de l'Information médicale de l'établissement le 20 novembre 2008, une fiche contresignée par les deux parties a été établie pour chaque dossier contrôlé et il en est résulté que : la facturation de 2 séjours, dont les n° RSS sont précisés, était injustifiée au regard des conditions énoncées à l'article 5-1-10° de l'arrêté du 5 mars 2006, mais justifiaient la facturation d'un GHS 9601, la facturation d'un séjour n° RSS 114 était injustifié au regard des conditions de facturation fixées en application de l'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale, mais justifiait une facturation d'un SE2, la

facturation de 4 séjours, dont les n°RSS sont précisés, était injustifiée au regard des conditions de facturation fixées en application de l'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale, mais justifiaient la facturation d'un FFM, la facturation de 55 séjours, dont les n° RSS sont précisés, était injustifiée au regard des conditions énoncées à l'article 6-1-10° de l'arrêté du 27 février 2007, mais justifiaient la facturation d'actes externes, - et qu'une erreur de saisie a entraîné l'exclusion de 9 séjours du champ contrôlé ; que le rapport contient également les observations du médecin responsable du DIM dans l'établissement et du Directeur de celui-ci, qui indiquent que l'existence, les conditions, les modalités, lieux de réalisation des actes concernés ne sont pas remis en cause par les praticiens contrôleurs même si certaines traçabilités pourraient être améliorées, de sorte qu'en l'absence d'une autre possibilité de facturation l'établissement se doit de couvrir les dépenses engagées en frais personnel, matériel, immobilier, charges diverses non couvertes par l'acte CCAM et de répondre aux exigences de l'administration fiscale qui pourrait remettre en cause la non facturation de prestations effectuées ; que le rapport de contrôle, ne comportant que des généralités, ne suffit pas à rapporter la preuve que les actes litigieux ne justifiaient pas la facturation du forfait tarifaire retenu par la Caisse au terme du contrôle ; qu'outre ce rapport, la caisse ne produit que de la jurisprudence et les textes applicables qui ne sont pas de nature à prouver l'indu en l'espèce ; qu'il s'ensuit qu'il sera fait droit à la demande d'annulation de l'indu présentée par la Clinique Sainte Anne » ;

ALORS QUE, PREMIEREMENT, le juge ayant l'obligation de motiver sa décision, une décision fondée sur des motifs inintelligibles doit être censurée ; qu'en l'espèce, après avoir rappelé qu'à l'occasion du contrôle, il avait été constaté que des pièces manquaient dans les dossiers médicaux (arrêt p. 6, § 3 et p. 7, § 1), pour en

déduire qu'il appartenait à l'établissement hospitalier de produire les éléments permettant d'apprécier le bien-fondé de la facturation (arrêt p. 7, § 2), les juges du second degré ont considéré, un peu plus loin, que l'absence de certaines pièces faisait simplement l'objet d'une supposition (arrêt p. 7, § 4) et mieux encore, que l'absence de pièces n'était pas démontrée par la caisse (arrêt p. 7, § 4) ; que le rapprochement de ces deux propositions rend l'arrêt inintelligible, et ce sur un point capital dès lors que le caractère complet ou non du dossier affecte les règles de la charge de la preuve ; que l'arrêt doit être censuré, pour être fondé sur des motifs inintelligibles, au visa de l'article 455 du Code de procédure civile et de l'article 6-1 de la Convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

ALORS QUE, DEUXIEMEMENT, et en tout cas, les juges du fond ne pouvaient, sans se contredire, estimer dans un premier temps que le dossier était incomplet, des pièces étant manquantes (arrêt p. 6, § 3 et p. 7 § 1), pour retenir, dans un second temps, que la preuve n'était pas rapportée que le dossier était incomplet (arrêt p. 7, § 4) ; qu'en statuant ainsi, ils ont violé l'article 455 du code de procédure civile.

SECOND MOYEN DE CASSATION

L'arrêt attaqué encourt la censure ;

EN CE QU'il a annulé la notification d'indu émanant de la CPAM DE LA GIRONDE en date du 21 juillet 2009 et la mise en demeure subséquente du 19 septembre 2009, ensemble annuler la décision de la commission de recours amiable du 17 novembre 2009 ;

AUX MOTIFS PROPRES QU' « au-delà du principe essentiel de motivation des décisions administratives, l'article 25 de la loi du 12 avril

2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations indique que les décisions des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole de salariés ou de non salariés ordonnant le reversement des prestations sociales indûment perçues sont motivées ; que cette obligation est expressément reprise à l'article R 133-9-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit que la notification de payer prévue à l'article L 133-4 est envoyée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie au professionnel ou à l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ; que cette lettre précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie ; qu'en cas de désaccord avec les observations de l'intéressé et en l'absence de paiement dans le délai imparti, le directeur de l'organisme lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception la lettre de mise en demeure prévue à l'article L 133-4 ; que cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à un recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées... ; que d'autre part, aux termes de l'article 1315 du code civil, il appartient à celui qui réclame l'exécution d'une obligation de la prouver ; que de l'analyse de ces textes, il ne saurait être contesté que l'organisme de sécurité sociale qui réclame une somme (indu) au professionnel de santé doit motiver sa réclamation (cause, nature et montant de la somme réclamée) avec les raisons précises qui l'ont conduit à ne pas fait droit aux observations ; qu'ainsi, s'agissant de la réclamation de l'indu résultant d'une facturation de GHS, il appartient à la CAISSE de faire ressortir par les pièces versées aux débats que les conditions de la

facturation d'un forfait GHS ne sont pas remplies dans les dossiers qu'elle a retenus, notamment par le non-respect d'une des trois conditions cumulatives posées par l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale ; qu'ensuite, sans renverser la charge de la preuve, l'établissement de soins discute les éléments de fait et de preuve en indiquant au juge les raisons pour lesquelles selon lui il pouvait facturer un forfait GRS sous le bénéfice de l'article précité ; que la Cour cependant estime dans le dossier spécifique qui lui est soumis, avoir les éléments suffisants pour déterminer, si les actes litigieux, dont la réalité n'est pas contestée, ont été justement facturés par la CLINIQUE ; * Sur la facturation des séjours incriminés ; que le dossier soumis à la Cour se situe dans le contexte de la mise en place- de la tarification à l'activité (T2A) intervenue en mars 2005 dans les établissements privés à but lucratif pour leur activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, la mise en place de cette nouvelle tarification à l'activité laisse cependant subsister les dispositions de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 ainsi que les règles de nomenclature, notamment la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la classification commune des actes médicaux (CCAM) ; que la règle de la T2A est la suivante: à un séjour correspond, un forfait de séjour et de soins appelé Groupe Homogène de Séjour (GHS) et un tarif ; que le financement de la T2A reposant sur une déclaration d'activité de l'établissement, le contrôle de la CAISSE consiste à s'assurer que la prestation facturée a bien été réalisée et correctement facturée ; qu'en l'espèce, il est question de la facturation de forfaits GHS (Groupe Homogène de Séjour) par la CLINIQUE sur des patients pris en charge moins d'une journée, pour des actes de petite chirurgie dermatologique ; que selon les dispositions de l'article 5, 10° de l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des

prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L 162-22-6 du code de sécurité sociale, lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception du cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un groupe homogène de séjour (GHS) ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent - une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient et que lorsqu'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville ; que dans les cas qui lui sont soumis, la Cour note tout d'abord que la CAISSE ne conteste pas la réalité des actes pratiqués à la CLINIQUE ni leur cotation mais la justification d'un séjour compte tenu de la nature de l'acte, les actes en cause étant couramment effectués par les dermatologues à leur cabinet ; que les contrôleurs de la CAISSE, après étude des séjours hospitaliers litigieux, ont noté que dans les tous les dossiers, s'il existait un compte rendu opératoire, manquaient des informations relatives à la prise en charge au cours de l'hospitalisation (état médical des patients, surveillance infirmière et soins reçus au cours du séjour témoignant de l'utilisation d'un lit); pour elle, dans tous ces séjours, aucun élément ne

témoigne d'une prise en charge de type hospitalier qui pourrait être due à la lourdeur de l'acte et/ou à l'état de santé du patient ; qu'à ce propos, la CAISSE rappelle les pièces que doit contenir un dossier médical d'hospitalisation au vu de l'article R 1112-2 du code de la santé publique, les conditions de l'hospitalisation à temps partiel au vu des décrets du 2 octobre 1992 ainsi que les conditions dans lesquelles se déroule le contrôle, strictement encadré par le guide du "contrôle externe régional ; que dès lors, pour la CAISSE, les conditions, de la facturation d'un GHS, c'est à dire d'un forfait d'hospitalisation, à l'occasion de la réalisation de ces actes, n'étaient pas remplies, les éléments médicaux figurant dans les dossiers correspondants des patients ne le justifiant pas ; qu'au vu de ces éléments, la Cour estime, sans renverser la charge de la preuve qu'il appartient maintenant à la CLINIQUE de lui donner à son tour les éléments permettant d'apprécier le bien fondé de sa facturation c'est à dire d'expliquer pourquoi selon elle, les actes facturés en GHS pouvaient bien, sachant que pour la Cour, la facturation d'un GHS ne peut s'appuyer ni sur la standardisation de la prise en charge hautement spécialisée, ni sur le seul environnement opératoire, mais sur la nécessité médicale de la prise en charge du patient dans une unité d'hospitalisation telle que définie par les dispositions de l'article 5, 10° de l'arrêté du 5 mars 2006 précité ; que la CLINIQUE soutient qu'aucun texte ne statue sur la faisabilité ou non d'un acte en chirurgie ambulatoire et que cette décision dépend du praticien en fonction du patient et de l'acte à réaliser ; qu'en conséquence, elle estime qu'elle pouvait tout à fait facturer les GHS litigieux ; qu'au regard de ce qui précède, la réalité de la prise en charge des patients, pour des affections de l'oeil, toujours délicates, la Cour estime qu'il ne découlait pas l'absence de certaines pièces dans les dossiers litigieux (à considérer que cette absence soit ,acquise, ce qui

n'est d'ailleurs pas démontré par la CAISSE) une impossibilité pour la CAISSE de vérifier la pertinence du choix de réaliser ces actes sensibles dans un environnement hospitalier d'hygiène et de sécurité sanitaire ; qu'aux termes de cette analyse, la Cour considère donc, comme les premiers juges, que la CAISSE ne rapporte pas la preuve de ce que la CLINIQUE a facturé indûment des GHS dans les dossiers litigieux et confirme ainsi la décision entreprise ; qu'il n'y a donc pas lieu à se pencher sur le moyen subsidiaire de la CLINIQUE tiré de la non validité des opérations de contrôle et/ou de vérification, de la procédure et du rapport y afférent» ;

ET AUX MOTIFS EVENTUELLEMENT ADOPTES QU' « aux termes de l'article 1315 du Code civil, « celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver. Réciproquement, celui qui se prétend libéré, doit justifier le paiement ou le fait qui a produit l'extinction de son obligation ; qu'en outre, l'article 54-10° de l'arrêté du 5 mars 2006, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, en vigueur lors des facturations litigieuses, dispose : « Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence et des cas où la prestation nécessite l'utilisation du secteur opératoire du fait de la nature de l'acte, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; un environnement respectant les

conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ; l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient. » ; que de même, l'article 64-10° de l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, en vigueur lors des facturations litigieuses, dispose : « Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent : une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; - un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ; - l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient ; que de même, l'article 6-I-10° de l'arrêté du 27 février 2007, relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisations pour les activités de médecine, chirurgie, obstétriques et odontologie, et pris en application de l'article L.162-22- 6 du code de la sécurité sociale, en vigueur lors des facturations litigieuses, dispose « Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés

des actes qui nécessitent : -une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ; -un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ; -l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient ; lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville » ; qu'il en résulte que s'il n'appartient pas effectivement à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'apporter la preuve que le choix médical de l'hospitalisation n'est pas opportun, en revanche, il lui incombe de rapporter la preuve que les dossiers médicaux litigieux ne comportaient pas les éléments suffisants pour vérifier que les trois conditions cumulatives nécessaires à la tarification d'un GUS n'étaient pas remplies ; que dans un second temps, il appartient à l'établissement de rapporter la preuve qu'elle a bien justifié par des éléments médico-administratifs de chaque dossier contrôlé, que les trois conditions de facturation d'un GHS sont remplies ; qu'en l'espèce, la caisse produit les conclusions d'un rapport contenant les observations des praticiens contrôleurs selon lesquelles le champ de contrôle concernant les séjours correspondant au GHS 8047 est passible de sanctions financières, au motif qu'après concertation avec le médecin responsable du Département de l'Information médicale de l'établissement le 20 novembre 2008, une fiche contresignée par les deux parties a été établie pour chaque dossier contrôlé et il en

est résulté que : la facturation de 2 séjours, dont les n° RSS sont précisés, était injustifiée au regard des conditions énoncées à l'article 5-1-10° de l'arrêté du 5 mars 2006, mais justifiaient la facturation d'un GHS 9601, la facturation d'un séjour n° RSS 114 était injustifié au regard des conditions de facturation fixées en application de l'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale, mais justifiait une facturation d'un SE2, la facturation de 4 séjours, dont les n° RSS sont précisés, était injustifiée au regard des conditions de facturation fixées en application de l'article L.162-22-6 du Code de la sécurité sociale, mais justifiaient la facturation d'un FFM, la facturation de 55 séjours, dont les n° RSS sont précisés, était injustifiée au regard des conditions énoncées à l'article 6-1-10° de l'arrêté du 27 février 2007, mais justifiaient la facturation d'actes externes, - et qu'une erreur de saisie a entraîné l'exclusion de 9 séjours du champ contrôlé ; que le rapport contient également les observations du médecin responsable du DIM dans l'établissement et du Directeur de celui-ci, qui indiquent que l'existence, les conditions, les modalités, lieux de réalisation des actes concernés ne sont pas remis en cause par les praticiens contrôleurs même si certaines traçabilités pourraient être améliorées, de sorte qu'en l'absence d'une autre possibilité de facturation l'établissement se doit de couvrir les dépenses engagées en frais personnel, matériel, immobilier, charges diverses non couvertes par l'acte CCAM et de répondre aux exigences de l'administration fiscale qui pourrait remettre en cause la non facturation de prestations effectuées ; que le rapport de contrôle, ne comportant que des généralités, ne suffit pas à rapporter la preuve que les actes litigieux ne justifiaient pas la facturation du forfait tarifaire retenu par la Caisse au terme du contrôle ; qu'outre ce rapport, la caisse ne produit que de la jurisprudence et les textes applicables qui ne sont pas de nature à prouver l'indu en l'espèce ; qu'il s'ensuit qu'il sera fait droit à la demande d'annulation de l'indu

présentée par la Clinique Sainte Anne » ;

ALORS QUE, PREMIEREMENT, si, face à un dossier médical complet, conformément à l'article R.1112-2 du Code de la santé publique, il appartient à la CPAM, qui a alors la charge de la preuve, d'établir que l'acte a été facturé à tort, en revanche, en cas d'absence de dossier ou encore si le dossier présente une anomalie, certaines pièces étant manquantes, c'est à l'établissement hospitalier, sur lequel pèse alors la charge de la preuve, d'établir, en produisant tous les éléments utiles, que l'acte litigieux devait donner lieu à prise en charge ; que dans les motifs conclusifs de l'arrêt qui fondent la décision, il est énoncé : « Il ne découlait pas de l'absence de certaines pièces dans les dossiers litigieux une impossibilité pour la caisse de vérifier la pertinence du choix de réaliser ces actes sensibles » et encore « que la caisse ne rapporte pas la preuve de ce que la clinique a facturé indûment des GHS dans les dossiers litigieux » (arrêt p. 7, § 4 et 5) ; qu'en statuant de la sorte, quand, des pièces étant manquantes, la charge de la preuve était

transférée de la CPAM vers l'établissement hospitalier auquel elle incombait, les juges du fond ont violé les articles 1315 du Code civil et les règles de la charge de la preuve en cas de notification d'un indu au sens de l'article L.133-4 du Code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, DEUXIEMEMENT, et en toute hypothèse, ayant mis en évidence l'existence de dossiers incomplets, ou ayant en tout cas raisonné sur cette hypothèse, les juges ne pouvaient statuer comme ils l'ont fait, et par conséquent annuler l'indu, que pour autant qu'ils aient préalablement constaté, au vu des productions de l'établissement hospitalier, que celui-ci rapportait la preuve que les actes contestés devaient donner lieu à prise en charge ; que faute de s'être prononcés sur ce point, les juges du fond ont à tout le moins entaché leur décision d'un défaut de base légale au regard des articles L.133-4 et L.166-22-6 du Code de la sécurité sociale.

Cour de cassation, Chambre civile 2, 5 novembre 2015, 14-25.059, Inédit

Sur la décision

Juridiction : Cour de cassation
 Numéro(s) de pourvoi : 14-25059
 Importance : Inédit
 Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Bouches-du-Rhône, 26 mai 2014
 Dispositif : Cassation
 Identifiant Légifrance : JURITEXT000031453342
 Identifiant européen : ECLI:FR:CCA55:2015:C201519

Sur les personnes

Président : M^{me} Flise (président)
 Avocats : SCP Garreau, Bauer-Violas et Feschotte-Desbois, SCP Richard
 Parties : Caisse régionale RSI Assurance maladie des professions libérales province c/ Société Clinique Axium

Texte intégral

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

Sur le moyen unique :

Vu l'article R. 162-42-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du décret n° 2006-307 du 16 mars 2006, applicable à la date du contrôle litigieux ;

Attendu, selon le jugement attaqué, rendu en dernier ressort, qu'à la suite d'un contrôle de la tarification à l'activité, la caisse du régime social des indépendants assurance maladie des professions libérales province a sollicité de la clinique Axium le remboursement d'un indu de facturations de prestations hospitalières au titre de l'année 2007 ; que la clinique a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale ;

Attendu que pour accueillir ce recours, le jugement énonce que le courrier du 27 juin 2008 annonçant le contrôle ne mentionne pas les noms des personnes chargées du contrôle, en violation des dispositions de l'alinéa 1^{er} de l'article

R. 162-42-10 du code de la sécurité sociale ; qu'il retient qu'il n'est dès lors pas démontré que les médecins-conseils qui ont signé le rapport de contrôle sont ceux qui avaient été chargés de celui-ci ; qu'il s'ensuit que les dispositions de l'article R. 162-42-10 du code de la sécurité sociale n'ayant pas été respectées, le contrôle n'est pas valide et ne peut servir de fondement à une action en répétition de l'indu ;

C'est en statuant ainsi, alors que l'assureur, par ses soins, a assuré de la présence effective du contrôle devant le tribunal des affaires de sécurité sociale de Marseille, que le tribunal a fait droit au recours de la clinique Axium en condamnant la caisse à verser le montant de l'indu de l'année 2007.

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, le jugement rendu le 26 mai 2014, entre les parties, par le tribunal des affaires de sécurité sociale de Marseille ; 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 de Nice ;

Condamne la Clinique Axium aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande de la Clinique Axium et la condamne à payer à la caisse du Régime social des indépendants assurance maladie des professions libérales province 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 cinq novembre deux mille quinze.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Garreau, Bauer-Violas et Feschotte-Desbois, avocat aux Conseils, pour la caisse du Régime social des indépendants assurance maladie des professions

libérales province

Il est fait grief au jugement attaqué d'avoir accueilli le recours de la SA Clinique Axiom, infirmé la décision de la commission de recours amiable du RSI CAMPL en date du 14 janvier 2010, déchargé la Clinique Axiom de la somme réclamée par le RSI CAMPL, soit 1.546,57 €,

AUX MOTIFS QUE, la Clinique soutient que la procédure dont elle fait l'objet au titre des séjours hospitaliers facturés par elle durant l'année 2007, n'était pas valide et ne pouvait servir de fondement à une répétition d'indus aux motifs d'une part qu'aucune information écrite suffisante sur les modalités et circonstances du contrôle T2A dont elle a fait l'objet ne lui aurait été donnée, qu'elle fait valoir d'autre part que si le rapport contrôle comporte la signature de cinq individus, il n'est pas démontré que ceux-ci constituaient les personnes chargées du contrôle ; qu'en troisième lieu, le régime d'assurance maladie dont dépendait chacun des médecins conseils venus sur site pour procéder aux opérations de contrôle n'est pas précisé ; qu'enfin, elle prétend que les principes d'objectivité, de neutralité et d'impartialité de la procédure de contrôle ont été méconnus, tant d'un point de vue objectif que subjectif, dans la mesure où au moins un des contrôleurs, le Docteur Françoise X..., était également membre de l'Unité de Coordination Régionale PACA et relevait par ailleurs de la CPCAM des Bouches-du-Rhône ; que, bien que mentionné dans des conclusions transmises au Greffe du TASS le 23 décembre 2013 par la Clinique, le moyen ainsi soulevé n'a été l'objet d'aucune critique dans les conclusions transmises au même greffe par le RSI CAMPLP, le 22 janvier 2014 et régulièrement soutenus à l'audience ; que, en droit, dans sa rédaction applicable à l'époque du contrôle l'Article R.162-42-10 disposait que : « l'Agence Régionale de l'Hospitalisation informe l'Établissement de Santé

de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'Article L162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité des personnes chargées du contrôle et la date à laquelle il commence. (c) À l'issue du contrôle, les personnes chargées du contrôle communiquent à l'Établissement de Santé par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'elles datent et signent mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'Établissement de Santé des obligations définies à l'alinéa précédent. À compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. À l'expiration de ce délai, les personnes chargées du contrôle transmettent à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement » ; qu'en l'espèce, dans sa lettre du 27 juin 2008, annonçant le contrôle, le Directeur de l'Agence ARHPAC écrit : « les personnes chargées du contrôle sur site seront les médecins conseils appartenant à l'un des trois régimes d'Assurance Maladie ... » ; que cependant, ce courrier ne mentionne pas les noms et qualités des personnes chargées du contrôle en violation des dispositions prévues par l'alinéa 1 et 4 du texte précité ; que, dès lors, il n'est pas démontré que les médecins conseils qui ont signé le rapport de contrôle sont ceux qui avaient été chargés de celui-ci ; qu'il s'ensuit que les dispositions de l'article R.162-42-10 du Code de la Sécurité Sociale n'ayant pas été respectées, le contrôle n'est pas valide et ne peut servir de fondement à une action en répétition d'indus ; que dès lors, le recours sera accueilli et la décision de la CRA du RSI CAMPLP sera infirmée ; que l'équité commande de faire droit à la demande de

la Clinique sur le fondement de l'Article 700 du Code de Procédure Civile ; que cependant la seule attestation du conseil selon laquelle ses honoraires se seraient élevés à plus de 5.000,00 € ne sauraient à elle seule apporter la preuve de la somme réglée par la Clinique ; que dès lors en l'absence de justifications précises des frais irrépétibles engagés par la Clinique, il lui sera allouée la somme de 1.500,00 €, étant précisé que, s'agissant d'une indemnisation, cette condamnation ne peut être affectée d'une TVA,

ALORS QU'aux termes de l'article R 162-42-10 alinéas 1 et 4 du code de la sécurité sociale d'une part, l'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L 162-22-18 en précisant les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur laquelle porte le contrôle, le nom et la qualité des personnes chargées du contrôle et la date à

laquelle il commence et d'autre part, le nom des contrôleurs figurant sur le rapport de contrôle permet de s'assurer qu'ils en étaient chargés ; qu'en énonçant que les dispositions précitées n'avaient pas été respectées puisqu'il n'était pas démontré que les médecins conseils ayant signé le rapport de contrôle étaient ceux qui avaient été chargés de celui-ci dès lors que le courrier du 27 juin 2008 annonçant le contrôle ne mentionnait pas les noms et qualités des personnes chargées du contrôle, cependant que dans sa lettre du 27 juin 2008, le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation PACA avait écrit à la clinique que les personnes chargées du contrôle seraient les médecins conseils appartenant à l'un des trois régimes d'assurance maladie et que le nom des contrôleurs figurant sur le rapport de contrôle permettait de s'assurer qu'ils en avaient été chargés, le tribunal a violé par fausse application l'article précité.

Cour de cassation, Chambre civile 2, 9 octobre 2014, 13-22.998, Inédit

Sur la décision

Juridiction : Cour de cassation
 Numéro(s) de pourvoi : 13-22998
 Importance : Inédit
 Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Rhône, 20 juin 2013
 Dispositif : Cassation
 Identifiant Légifrance : JURITEXT000029567139
 Identifiant européen : ECLI:FR:CCA5S:2014:C201575

Sur les personnes

Président : M^{me} Flise (président)
 Avocats : SCP Piwnica et Molinié
 Parties : Clinique Les Bruyères c/ Caisse régionale RSI de Bourgogne, Ministre chargé de la sécurité sociale

Texte intégral

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

Sur le moyen unique, pris en sa seconde branche :

Vu l'article R. 162-42-10, alinéa 4, du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 ;

Attendu, selon ce texte, qu'à l'issue du contrôle, les personnes chargées de ce dernier communiquent à l'établissement de santé un rapport qu'elles datent et signent mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé de ses obligations ;

Attendu, selon le jugement attaqué, rendu en dernier ressort, qu'à la suite d'un contrôle effectué le 8 décembre 2010, la caisse régionale du régime social des indépendants de Bourgogne (la caisse) a sollicité du centre médical spécialisé des Bruyères le remboursement d'un indu correspondant à des erreurs de codage ; que la clinique a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale ;

Attendu que, pour rejeter son recours, le jugement retient que le médecin chargé de l'organisation du contrôle effectué au centre des Bruyères a été désigné par le courrier adressé par l'agence régionale de santé au centre des Bruyères, le 27 octobre 2010, comme étant le Docteur Fadel X... ; que, dans ce courrier, l'agence régionale de santé précise en effet que le contrôle « sera effectué par une équipe de praticiens-contrôleurs de l'assurance-maladie, sous la responsabilité du Docteur Fadel X..., chef de projet » ; qu'en conséquence, seule la signature du Docteur Fadel X... sur le rapport établi suite au contrôle était nécessaire pour satisfaire aux dispositions de l'article R. 162-42-10 du code de la sécurité sociale ; que l'absence de signature de deux médecins composant l'équipe des vérificateurs n'est pas de nature à entacher ce

rapport et la procédure de contrôle d'irrégularité ;

~~Qu'en statuant ainsi, alors qu'était requise la signature du rapport de contrôle par l'ensemble des praticiens y ayant procédé, le tribunal a violé le texte susvisé ;~~

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur l'autre branche du moyen :

CASSE ET ANNULE, en toutes ses dispositions, le jugement rendu le 20 juin 2013, entre les parties, par le tribunal des affaires de sécurité sociale de Villefranche-sur-Saône ; 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 de Lyon ;

Condamne la caisse régionale du régime social des indépendants de Bourgogne aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande ;

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 neuf octobre deux mille quatorze.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Piwnica et Molinié, avocat aux Conseils, pour la

clinique Les Bruyères .

Il est fait grief au jugement attaqué d'avoir rejeté le recours formé par le Centre des Bruyères contre la décision du 11 juin 2012 adressée par la Caisse du RSI de Bourgogne et portant mise en demeure de payer la somme de 2366,88 euros au titre des indus réclamés avec majoration de 10% et d'avoir condamné le Centre des Bruyères à verser à la Caisse Régionale du RSI de Bourgogne la somme de 2366,88 euros au titre des indus réclamés avec majoration de 10% ;

AUX MOTIFS QUE « le 27 octobre 2010, le centre des Bruyères était informé par un courrier de l'Agence Régionale de Santé Rhône Alpes (ARS) de la réalisation d'un contrôle sur les productions des informations médico administratives dans le cadre de la T2A en médecine, chirurgie et obstétrique;

que par courrier du 19 novembre 2010, le Centre était informé que, suite à la correspondance du 27 octobre, le contrôle devait être effectué le 8 décembre 2010 par 5 médecins contrôleurs;

que ce courrier spécifiait le nombre et le type de dossiers sur lesquels devait porter le contrôle;

que le contrôle était effectué du 8 décembre 2010 au 14 janvier 2011 et portait sur les factures relatives aux séjours de l'année 2009; que 684 dossiers relatifs à 3 catégories de GHS étaient analysés par les médecins contrôleurs;

que des fiches de contrôle ont été souscrites relativement à chacun des dossiers analysés; que chacune de ces fiches comportait le motif de l'accord ou du désaccord;

que les médecins contrôleurs ont relevé des anomalies de facturation conduisant au remboursement indu de prestations par l'Assurance maladie à la suite desquelles la Caisse a demandé la restitution de la somme de 3.413,80 euros par courrier en recommandé avec AR du 10 mai 2011 sur le fondement de l'article L 133-4 du CSS au titre de prestations versées

dans le cadre de la tarification à l'activité T2A pour les séjours effectués en 2009; Que ce courrier était accompagné d'un tableau indiquant pour chacune des caisses concernées, le numéro « CGC » (N° de dossier), la date d'entrée et la date de sortie du patient, la GHS initial facturé et le GHS final rectifié suite au contrôle, le motif de l'indu, le montant remboursé avec la date de mandatement, le montant réellement du après contrôle et l'indu résultant;

qu'en l'absence d'observations du Centre, le RSI a adressé une mise en demeure le 12 septembre 2011 pour un montant de 2366,88 euros, représentant la somme initiale augmentée de la pénalité de 10 %;

- Sur les irrégularités de forme

à Sur l'irrégularité de la procédure de contrôle.

qu'il résulte des dispositions de l'article R 162-42-9 du CSS que la commission de contrôle propose au directeur général de l'agence régionale de santé le programme de contrôle régional annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'unité de coordination régionale de contrôle-externe placée auprès d'elle;

Que ce texte prévoit qu'un seul programme de contrôle peut être adopté pour une année donnée, mais qu'il ne précise pas si ce programme de contrôle peut être adopté pour un type d'établissement donné; qu'en l'espèce la délibération du 17 mars 2010 porte mise en oeuvre d'un contrôle d'établissement de santé titulaire d'une autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile; que le centre des Bruyère n'entre pas dans cette catégorie spécifique d'établissement visée par la délibération du 17 mars 2010 ;

Que la preuve de l'existence d'un second programme de contrôle relatif aux établissements de la même catégorie que le Centre des Bruyères n'est pas rapportée; qu'en effet le contrôle a été décidé suite au programme de contrôle régional adopté par délibération du 6

septembre 2010 de la commission exécutive de l'Agence Régionale d'hospitalisation, autorité de tutelle compétente, en application des dispositions de l'article R 162-42-9 du CSS.

¿.

Qu'aucune irrégularité de la procédure de contrôle pour non respect du principe du contradictoire ne peut être relevée;

que l'article R 162-42-10 al 4 du CSS dispose qu'à l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'il date et signe ... ;

qu'en l'espèce la médecin chargé de l'organisation du contrôle effectué au centre des bruyères a été désigné par le courrier adressé par l'ARS au Centre des bruyères, le 27 octobre 2010 comme étant le docteur Fadel X...; que dans ce courrier l'ARS précise en effet que le contrôle sera effectué par une équipe de praticiens-contrôleurs de l'assurance maladie ; sous la responsabilité du docteur Fadel X..., chef de projet et des ... ; qu'en conséquence seule la signature du docteur Fadel X... sur le rapport établi suite au contrôle était nécessaire pour satisfaire aux dispositions de l'article R 162-42-10 du CSS; que l'absence de signature de deux médecins composant l'équipe des vérificateurs n'est pas de nature à entacher ce rapport et la procédure de contrôle d'irrégularité;

Qu'il convient de souligner en outre que dans son courrier d'observation rédigé par le docteur François Y... du centre des Bruyères en réponse à la réception du rapport établi suite à contrôle, ce dernier s'adresse exclusivement au Docteur X..., responsable de l'équipe de médecins vérificateurs ;

Que l'argument tiré de l'absence de signatures de deux médecins ne saurait prospérer.» ;

1) ALORS QUE la demande en paiement de l'indu présentée par un organisme social afin de

recouvrer les sommes correspondant à des prises en charge dont l'irrégularité à été mise à jour à l'issue d'un contrôle réalisé dans le cadre des dispositions de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale doit être rejetée lorsque les informations qui servent de base à cette action ont été obtenues dans le cadre d'une procédure irrégulière de contrôle ; que pour être régulier, pareil contrôle doit s'inscrire dans le cadre « du programme de contrôle » régional annuel prévu à l'article R162-42-9 du code de la sécurité sociale ; qu'en l'espèce, le tribunal a constaté que le 17 mars 2010 - avant l'adoption du programme de contrôle régional du 6 septembre 2010 dans le cadre duquel avait été réalisé le contrôle litigieux ¿ un autre programme de contrôle régional annuel avait déjà été adopté ; qu'en retenant, pour écarter le moyen pris de l'irrégularité du contrôle intervenu dans ce second programme annuel, que le premier programme concernait un type d'établissements de soins auquel n'appartenait pas le Centre les Bruyères et en admettant ainsi la possibilité d'adopter autant de programmes de contrôle régional qu'il y a de type d'établissements dans la région, le tribunal a violé l'article R.162-42-9 du code de la sécurité sociale ;

2) ALORS QU'à la date du 8 décembre 2010, l'article R.162-42-10 du code de la sécurité sociale prévoyait qu'« à l'issue du contrôle, les personnes chargées du contrôle communiquent à l'établissement de santé par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'elles datent et signent ¿ » ; que la validité du contrôle était subordonnée à la signature du rapport par tous les médecins qui avaient été chargés de le réaliser ; qu'en l'espèce, le rapport n'ayant pas été signé par tous les médecins contrôleurs le tribunal n'a pu retenir, pour dire que le contrôle litigieux pouvait servir de fondement à l'action en répétition de l'indu engagée par la caisse, que la signature d'un seul

praticien suffisait dès lors qu'il s'agissait du chef de projet sous la responsabilité duquel les deux autres étaient intervenus et qu'au demeurant c'était à lui qu'il avait été répondu, sans violer l'article R.162-42-10 du code de la sécurité sociale.



Cour d'appel de Caen, Chambre sociale section 2, 26 janvier 2018, n° 16/02986

Chronologie de l'affaire

TASS Rouen
15 juin 2010

>

CA Caen
Confirmation
26 janvier 2018

Sur la décision

Juridiction : Cour d'appel de Caen

Numéro(s) : 16/02986

Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Rouen, 15 juin 2010

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

Sur les personnes

Président : A. TEZE, président

Avocat : Christine CARON-DEBAILLEUL

Parties : CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA SOMME ,
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE ROUEN, ELBEUF, DIEPPE, SEINE-MARITIME ,
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAVRE , CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE L'OISE c/
CLINIQUE DU CEDRES , MISSION NATIONALE DE CONTROLE-ANTENNE DE RENNES

Texte intégral

AFFAIRE : N° RG 16/02986	[...]
Code Aff. :	[...]
ARRET N° C.P	CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE L'OISE
ORIGINE : Décision du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de ROUEN en date du 15 Juin 2010 - RG n° 20900496	[...] [...]
COUR D'APPEL DE CAEN	Représentées par M ^m e X, mandatée
Chambre sociale section 2	INTIMEES :
ARRET DU 26 JANVIER 2018	[...]
APPELANTES :	[...]
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE LA SOMME	[...]
[...]	Représentée par M ^e CARON-DEBAILLEUL , substitué par M ^e DUBOIS , avocates au barreau de LILLE
[...]	
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE ROUEN, ELBEUF, DIEPPE, SEINE-MARITIME	MISSION NATIONALE DE CONTROLE-ANTENNE DE RENNES
[...]	[...]
[...]	[...]
CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU HAVRE	Non comparante ni représentée

En l'absence de Monsieur le représentant de la D.R.A.S.S régulièrement avisé selon l'article R 142-29 du code de la sécurité sociale

COMPOSITION DE LA COUR LORS DES DEBATS ET DU DELIBERE :

M^{me} TEZE, Présidente de chambre, rédacteur

M^{me} SERRIN, Conseiller,

M^{me} ACHARIAN, Conseiller,

DEBATS : A l'audience publique du 09 novembre 2017

GREFFIER : M^{me} Y

ARRET prononcé publiquement le 26 janvier 2018 à 14h00 par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la cour, par prorogation du délibéré initialement fixé au 19 janvier 2018, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinea de l'article 450 du code de procédure civile et signé par M^{me} TEZE, président, et M^{me} Y, greffier

Faits – Procédure :

La société La Clinique du Cèdre a fait l'objet du 15 au 19 octobre 2007 d'un contrôle de son activité sur l'année 2006, par l'agence régionale d'hospitalisation de Haute-Normandie.

La caisse primaire d'assurance maladie de Rouen (la caisse) agissant tant en son nom qu'en celui des caisses intéressés de la Somme, Rouen-Elbeuf, Dieppe, Le Havre, Beauvais et Saint Etienne a notifié à la clinique, le 31 janvier 2008 un indu pour un montant de 202.108,17 €.

Par courrier daté du 3 mars 2008, la clinique a formulé des observations adressées à la commission de recours amiable et au directeur de la caisse de Rouen.

Après rencontre avec le directeur de la clinique le 11 juillet 2008, la caisse lui a notifié le 10 septembre 2008 une mise en demeure de payer la somme de 196.938,57 € correspondant au solde de l'indu initial assorti d'une majoration de 10 % soit au total 216.632,42 €.

Postérieurement, la commission de recours amiable de la caisse d'assurance maladie de Saint Etienne a annulé en sa séance du 18 mars 2009 l'ordre de reversement d'un montant de 410,90 € au titre d'un indu concernant la facturation de soins de M. Z.

Le 20 mars 2009, la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie de Seine Maritime a annulé l'indu de 998,44 € opposant la caisse d'Elbeuf à la clinique.

Par autres décisions du 20 mars 2009, cette même commission a, s'agissant des dossiers de la caisse primaire d'assurance maladie de Rouen, constaté que la mise en demeure du 10 septembre 2008 était irrégulière, annulé la majoration de 10 % et confirmé le redressement pour le surplus et s'agissant des dossiers de la caisse primaire d'assurance maladie de Dieppe, constaté que la mise en demeure du 10 septembre 2008, était, d'une part,

irrégulière au regard des dispositions de l'article R.133-9 du code

de la sécurité sociale, d'autre part, établie sur la base d'un montant erroné, annulé la mise en demeure notifiant une majoration de 10 % et confirmé le redressement sur les douze dossiers litigieux.

Le 6 avril 2009, la commission de recours amiable du Havre a statué dans les mêmes termes, en confirmant le redressement à hauteur du principal de 2.295,36 €.

Le 30 avril 2009, la commission de recours amiable d'Amiens a confirmé le redressement pour un montant de 229,70 €.

La clinique s'est pourvue contre ces décisions devant le tribunal des affaires de sécurité sociale de Rouen.

Par jugement en date du 15 juin 2010, cette juridiction a annulé la procédure suivie par l'organisme pour irrégularité de la mise en demeure du 10 septembre 2008 et rejeté sa demande en confirmation du redressement.

Par arrêt infirmatif du 29 juin 2011, rectifié le 28 septembre 2011, la cour d'appel de Rouen a débouté la clinique de ses demandes, confirmé le redressement et l'a condamnée à payer la somme de 229,70 € à la caisse primaire d'assurance maladie de la Somme, la cour décernant acte à la caisse primaire d'assurance maladie de Rouen de ce qu'elle ne réclame plus la restitution d'un indu au titre des dossiers 6005168 et 6004559.

Sur pourvoi de la clinique, la cour de cassation a cassé cette décision par arrêt du 20 septembre 2012 au motif que la cour n'avait pas recherché, comme il le lui était demandé, si le signataire de la mise en demeure était muni d'une délégation de pouvoir ou de signature, ou si elle avait été signée par le directeur adjoint, en raison de l'empêchement du directeur de la caisse.

Le 21 novembre 2012, les caisses d'assurance maladie de Rouen-Elbeuf et Dieppe, du Havre, de Beauvais et de la Somme ont saisi la cour d'appel de Caen désignée comme cour de renvoi.

Radiée le 6 juin 2013, pour défaut de diligences des parties nécessaires à la tenue de l'audience, l'affaire a été réinscrite le 22 octobre 2013 à la demande des caisses appelantes.

Radiée à nouveau le 4 juin 2015 pour inexécution par les caisses des diligences mises à leur charge par arrêt du 30 janvier 2015, auquel il est renvoyé, l'affaire a été réinscrite le 4 août 2016 et retenue à l'audience du 9 novembre 2017.

Prétentions des parties :

Aux termes de ses conclusions déposées le 4 août 2016, 12 octobre et 23 octobre 2017, auxquelles s'est référé oralement leur représentant, les caisses demandent de :

— infirmer le jugement entrepris,

— valider la régularité de la mise en demeure du 10 septembre 2008,

— confirmer le redressement à hauteur de la somme non réglée de 170.727,06 €,

— condamner la Clinique au paiement d'une indemnité de 3.000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Aux termes de ses conclusions déposées et reprises oralement par son conseil, la Clinique demande au contraire de :

— confirmer le jugement annulant la mise en demeure du 10 septembre 2008,

— subsidiairement, annuler le redressement et condamner la caisse à restituer la somme de 31.535,67 €, infirmer les décisions des commissions de recours amiable et annuler l'indu dont le solde s'élève à 169.163,16 €,

— condamner les caisses aux dépens et au paiement de la somme de 5.000 € au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Il est renvoyé pour l'exposé des moyens aux conclusions déposées.

Autorisées en application de l'article 445 du code de la sécurité sociale à produire en délibéré un justificatif de la qualité de directeur adjoint de M. A au jour de la mise en demeure notifiée le 10 septembre 2008 tel qu'un organigramme interne, les caisses ont remis à la cour le 23 novembre 2017, la copie d'une décision préfectorale du 30 décembre 2008 portant agrément de l'intéressé en cette qualité, en indiquant dans sa lettre de transmission qu'aucun organigramme interne de la caisse n'existait à l'époque considérée.

Par courrier du 30 novembre 2017, la Clinique a indiqué que le document nouvellement produit n'appelait aucune observation de sa part, en ajoutant qu'il ne répondait en rien au moyen de cassation rappelé ci-dessus.

Motifs

- Sur la nullité de la procédure de recouvrement de l'indu

Selon l'article R.133-9 -1 alinéa 2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable, la notification de payer prévue à l'article L.133-4 précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement.

Elle mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées...

Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie'.

L'alinéa 3 dispose 'en cas de désaccord avec les observations de l'intéressé et en l'absence de paiement dans le délai imparti, le Directeur de l'organisme lui adresse par lettre recommandée avec demande d' accusé de réception la mise en demeure prévue à l'article L.133-4. Cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées, le montant de la majoration de 10 % afférente aux sommes encore dues ainsi que le délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R.142-1".

A l'appui de sa demande en annulation de la procédure de redressement, la Clinique fait valoir que la notification de payer du 31 janvier 2008 contrevient au texte précité en ce qu'elle n'indique pas la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, que la mise en demeure le 10 septembre 2008 ne comporte pas de réponse aux observations formulées à la suite de la notification de payer, que son montant est erroné en ce qu'il ne prend pas en considération la somme réglée le 3 mars 2008, qu'elle a été signée par une personne dont la signature est illisible et donc non identifiable et que l'attestation sur l'honneur du directeur adjoint déclarant qu'il en est le signataire ne satisfait pas aux exigences du texte précité.

- Sur la notification de l'indu

La notification d'indu en litige comporte en annexe un tableau indiquant le nom du patient avec les date d'entrée et de sortie, les références des facturations, les cotations des actes litigieux ainsi que le montant remboursé et le montant de l'indu, de sorte que la notification incriminée était suffisamment motivée, la Clinique n'indiquant pas au demeurant en quoi le défaut d'indication de la date des versements indus lui ferait grief.

En conséquence, cette irrégularité est impropre à justifier l'annulation du recouvrement.

- Sur le pouvoir du signataire de la mise en demeure

Selon les articles R.122-3 et D.253-6 du code de la sécurité sociale, le directeur d'un organisme de sécurité sociale peut déléguer, d'une part et sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme, d'autre part et à titre permanent, sa signature au directeur adjoint et à certains des agents de l'organisme.

L'article R.123-3 prévoit en outre que le directeur de l'organisme est suppléé par le directeur adjoint en cas de vacance d'emploi, d'absence momentanée ou d'empêchement.

En l'espèce la mise en demeure se termine par la mention 'P. le Directeur D-E B' complétée par une signature dont M. C A, a déclaré être l'auteur, en se présentant comme directeur adjoint de la caisse primaire d'assurance maladie de Rouen-Elbeuf-Dieppe, suivant attestation sur l'honneur du 19 avril 2013.

La comparaison des deux signatures permet à raison des similitudes constatées d'identifier M. A comme étant le signataire de la mise en demeure.

Equivalente à l'organigramme sollicité par la cour, la décision préfectorale du 30 décembre 2008 produite en délibéré et dont la Clinique a été en mesure de débattre, porte agrément de M. A en qualité de directeur adjoint et mentionne que l'intéressé a été nommé à cette fonction par le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de Rouen suivant lettre du 24 juin 2008.

Il est par ailleurs admis que la preuve de l'empêchement du directeur résulte de l'intervention même du directeur adjoint.

Il s'ensuit que M. A qui a signé la mise en demeure après avoir été nommé par le directeur de la caisse en qualité de directeur adjoint, avait qualité pour ce faire, sans avoir à justifier d'un pouvoir spécial.

- Sur le défaut de réponse à observations

En l'espèce, la mise en demeure est ainsi rédigée :

L'examen de votre dossier fait ressortir que vous restez redevable d'une somme de 196.938,57 euros correspondant au solde de l'indu initial notifié par lettre recommandée avec accusé de réception du 31 janvier 2008 et se rapportant au plan de contrôle T2A 2007 voté par la COMEX de l'ARH de Haute Normandie, le 7 février 2007.

Le contrôle sur site a eu lieu du 15 au 19 octobre 2007.

Vous trouverez en annexe un tableau récapitulatif par organisme qui indique pour chaque séjour concerné le motif de l'indu et son montant.

Par courrier du 29 février 2008, vous avez formulé des remarques adressées directement à la commission de recours amiable, puis, le 29 mai 2008, vous avez souhaité me rencontrer. Le 11 juillet 2008 nous avons complété votre information sur la déclinaison de l'article L.133-4 et

R.133-9 du code de la sécurité sociale. Ainsi vous avez pu acter le non-respect de la phase intermédiaire à la saisine de la commission de recours amiable. C'est dans ce cadre qu'une réponse sera apportée à vos observations dans le cadre de la présente mise en demeure.

Vous nous avez indiqué au cours de cet entretien qu'il vous paraissait regrettable que les médecins contrôleurs n'aient pas pris en compte un traitement global des patients au motif que le contenu du dossier de l'établissement était incomplet et vous avez considéré comme injuste cette position au vu des prises en charge médicales effectuées.

Sur ce point, il vous a été précisé que le contrôle sur site T2A visait le contrôle des facturations émises par votre établissement et en aucun cas le contrôle de la qualité des prises en charge et des soins dispensés par les professionnels.

Le caractère incomplet des dossiers de votre établissements en référence à l'article L.1112-2 du code de la Santé Publique n'a pas permis aux médecins contrôleurs de disposer de l'information nécessaire pour accepter les facturations émises. Vous avez reconnu que votre organisation pouvait être en la matière insuffisante.

Sans disqualifier les moyens mobilisés par l'établissement, il apparaît dans le cadre de ce contrôle, que les séjours facturés n'étaient pas en adéquation avec l'état des patients tel qu'il pouvait être 'décrit' dans les dossiers.

C'est la raison pour laquelle nous vous adressons le présent courrier, qui constitue une mise en demeure de procéder au paiement de la somme de 196.938,57 euros dont vous êtes redevable, assortie d'une majoration de 10 %, soit 216.632,42 euros, conformément aux dispositions de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, si vous entendez contester l'indu, vous disposez d'un délai d'un mois à compter de la date de notification de la présente mise en demeure pour saisir la commission de recours amiable de la caisse par lettre adressée à...', suivent les adresses des commissions de recours amiable de chacune des caisses intéressées.

Mais cette mise en demeure a été précédée d'une lettre datée du 5 mars 2008 indiquant comme objet : réponses à la notification d'indus des organismes d'assurance maladie précités et adressée à la commission de recours amiable mais également à M. B directeur de la caisse d'assurance maladie de Rouen.

Cette lettre nécessitait une réponse en ce que la Clinique se reconnaissait débitrice d'un indu limité à 21.387,70 €, en joignant à l'appui un tableau comportant ses modalités de calcul individualisées en fonction des dossiers contestés et un argumentaire circonstancié.

Or la mise en demeure ne vise même pas la lettre du 5 mars 2008 alors qu'en dépit de son libellé le directeur de la caisse était visé au premier chef ainsi que l'établissent les termes de ce courrier débutant et s'achevant par M. le Directeur.

Par ailleurs, si la Clinique indiquait nous saisissons la commission de recours amiable afin d'argumenter notre position, elle ajoutait dans le même temps....'nous attendons votre retour de courrier afin de connaître la procédure à suivre afin de régulariser la situation rapidement'.

La caisse ne saurait donc se retrancher derrière les décisions des commissions de recours amiable à intervenir, d'autant qu'antérieures à la mise en demeure, les saisines de ces commissions étaient

prématurées et que la caisse rappelait en conclusion de la mise en demeure la faculté pour la clinique de saisir les commissions de recours amiable des caisses intéressées, en cas de maintien de sa contestation.

De plus, et s'il est admis que les réponses aux observations peuvent être succinctes, le renvoi au contenu d'un entretien du 11 juillet 2008 et au caractère incomplet des dossiers ne sauraient constituer une réponse satisfaisant à l'exigence de motivation édictée par l'article R.133-9-1 à raison de leur trop grande généralité ne faisant aucunement référence aux éléments nouveaux apportés par la Clinique dans sa lettre du 5 mars 2008.

La privation d'un niveau de discussion qui en est résultée fait nécessairement grief à la Clinique et justifie l'annulation de la procédure de recouvrement.

En conséquence, le jugement sera confirmé.

Décision

La cour, statuant par arrêt contradictoire,

Confirme le jugement,

Y ajoutant,

Rejette les demandes formées au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

LE GREFFIER LE PRESIDENT

E. Y A. TEZE

Cour d'appel de Montpellier, 4ème b chambre sociale, 25 octobre 2017, n° 14/03763

Chronologie de l'affaire

TASS Carcassonne
22 avril 2014

> CA Montpellier
Infirmerie
25 octobre 2017

Sur la décision

Juridiction : Cour d'appel de Montpellier

Numéro(s) : 14/03763

Décision précédente : Tribunal des affaires de sécurité sociale de Carcassonne, 22 avril 2014

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

Sur les personnes

Président : Claire COUTOU, président

Avocat : Maxence CORMIER

Parties : SAS LA POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC c/ CPAM DE L'AUDE

Texte intégral

SD/RT/CC

4° B chambre sociale

ARRÊT DU 25 OCTOBRE 2017

Numéro d'inscription au répertoire général : 14/03763

Arrêt n° :

Décision déferée à la Cour : *Jugement du 22 AVRIL 2014 – TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE DE CARCASSONNE – N° RG 21100257*

APPELANTE :

SAS LA POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC

Av. de la Côte des Roses

[...]

[...]

Représentant : M^e APOLLIS substituant M^e
Maxence CORMIER, avocat au barreau de PARIS

INTIMEE :

CPAM DE L'AUDE

[...]

[...]

M^{me} Y Z (Représentante de la CPAM) en vertu d'un pouvoir
du 10/08/2017

COMPOSITION DE LA COUR :

L'affaire a été débattue le 07 SEPTEMBRE 2017, en
audience publique, devant la Cour composée de :

Madame Y COUTOU, Conseillère, faisant fonction de
Président

Monsieur Olivier THOMAS, Conseiller

Madame Sylvie ARMANDET, Conseillère

Greffier, lors des débats : Mademoiselle Sylvie DAHURON,
greffier

ARRET :

— Contradictoire.

— prononcé publiquement par mise à disposition de l'arrêt
au greffe de la Cour, les parties en ayant été préalablement
avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de
l'article 450 du Code de Procédure civile ;

— signé par Madame Y COUTOU, Conseillère, faisant
fonction de Président et par Mademoiselle Sylvie
DAHURON, greffier auquel la minute de la décision a été
remise par le magistrat signataire.

* * *

• FAITS ET PROCEDURE

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie, les informations relatives à leur fonctionnement et à leur activité selon les articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du Code de la santé publique.

À cette fin ils doivent mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge dénommés Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI).

Par ailleurs à la suite de la promulgation de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale la tarification était modifiée et dénommée Tarification à l'Activité ou T2A,

Dans ce cadre institué à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale, la POLYCLINIQUE LE LANGUEDOC, ci après la Polyclinique, située à Narbonne, était l'objet d'un contrôle du 7 au 18 décembre 2009 dans le cadre d'un programme régional.

Ce contrôle portait sur l'activité relative au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ou PMSI et sur la période de janvier à décembre 2008. Le nombre de séjours soumis au contrôle était de 735.

Consécutivement à ses opérations la CPAM de l'Aude, ci après la Caisse, relevait des anomalies consistant en :

— des erreurs de codage DP (diagnostic principal) ou DAS (diagnostics associés significatifs) à la suite d'un non respect des règles de codage du guide méthodologie de production des résumés de sortie,

— en des prestations non médicalement justifiées relevant de la facturation d'un SE par manquement aux règles de facturations fixées en application des dispositions de l'article L162-22-6.

La Caisse retenait les circonstances suivantes :

— champ de contrôle n°1 (OCG n°98) : séjours classés dans le GHS 2733 ou 4504 ou 4107 ou 2706 ou 2500 ou 2100 ou 6150 ou 3000 ou 7400 ou 2700 ou 5452 ,

— champ de contrôle n°2 (OCG n°8) : séjours 0 jour, 1 seul acte, entrée et sortie domicile, et qui concerne les actes suivants : EBGA001 ou JGHJ001 ou EBHA001 ou JPH002 ou FCFA012 ou PDFA001 ou GEQE007 ou QAGA004 ou HEQE002 ou QZFA001 ou HJQE001 ou JQQP001,

— champ de contrôle n°3 (OCG n°10) : séjours classés dans le GHM 15Z05B ;

— champ de contrôle n°4 (OCG n°9) : séjours classés dans les OHM suivants GHM 06Co8V ou GEMO6Co8W ,

— champ de contrôle n°5 (OCG n°2) : séjour de 0 jour avec acte non réalisé DP Z53 (sujets ayant recours aux services de santé pour des actes médicaux spécifiques, non effectués).

La Caisse notifiait le 11 juin 2010 à La Polyclinique le Languedoc et pour le compte de

l'ensemble des organismes d'Assurance Maladie, en sa qualité de Caisse référente, un indu d'un montant de 77.979,53 euros en application des articles L133-4 et R133-9-1 du Code de la sécurité sociale.

La Polyclinique effectuait un règlement partiel pour un montant de 22.350,93 euros pour le champ de contrôle numéro 5 et par courrier formulait des observations concernant les autres dossiers impayés.

La Caisse, après avis du service médical répondait le 4 janvier 2011, aux observations de la Polyclinique en les rejetant et mettait alors en demeure la Polyclinique de procéder au règlement du solde .

Dans le cadre de la saisine de la Commission de recours amiable, finalement infructueuse, le montant de l'indu était calculé pour les seuls assurés immatriculés à la Caisse de l'Aude et fixé à la somme de 55.799,60 euros en principal et majorations de retard.

Par jugement du 22 avril 2014 le Tribunal des affaires de sécurité sociale du département de l'Aude déboutait partiellement la Polyclinique de son recours, estimant toutefois que des éléments médicaux figurant dans les pièces justifiaient de réduire la créance à recouvrer à la somme de 31.517,21 euros concernant des appendicectomies et des anémies post hémorragiques aiguës.

En l'état des documents figurant dans le dossier judiciaire la Caisse a relevé appel de cette décision par lettre recommandée expédiée le 19 mai 2014.

Cet appel était enregistré sous le numéro RG 14/03803

La Polyclinique a adressé son acte d'appel le même jour mais par fax enregistré le même jour par le greffe.

La lettre expédiée le 19 mai par cet établissement de santé n'était expédiée que le 20 mai et cet appel était enregistré par le greffe à la date et à l'heure d'expédition du fax sous le numéro RG 14/03763.

Enfin un autre dossier était enregistré sous le numéro RG14/03848 à réception de la lettre de la Polyclinique.

Compte tenu de ces précisions et en l'absence de tout effet procédural attaché à un fax il doit être considéré que la Caisse a, la première, régulièrement relevé appel de cette décision.

Quant à la position procédurale de la Polyclinique, elle est celle d'une intimée ayant formé appel incident.

PRETENTIONS GENERALES DES PARTIES

Préalablement la Caisse appelante rappelle actuellement les principes de fonctionnement de la tarification à l'activité, et son financement qui repose sur une déclaration d'activité de l'établissement, son contrôle consistant à s'assurer que la prestation facturée d'une part a été bien réalisée, d'autre part a été correctement facturée.

Ensuite elle sollicite, dans ses dernières conclusions, la réformation du jugement déferé et :

— le rejet de l'ensemble du recours,

— la condamnation de la Polyclinique à lui payer la somme de 55.799,96 euros en principal et majorations de retard fixée à ce jour, en sus les intérêts au taux légal à compter de la notification de la mise en demeure.

Pour sa part la société SAS Polyclinique, reprenant ses explications et prétentions exposées en première instance, demande :

— l'annulation du jugement du 22 avril 2014 en ce qu'il a mis à sa charge la somme de 31.517,21 euros au titre des indus,

— l'annulation de la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable de la CPAM de l'Aude du 14 mars 2011,

— l'annulation de la notification de payer du 6 octobre 2010 adressée par la Caisse à la Polyclinique,

— l'annulation de la mise en demeure de payer du 4 novembre 2010 adressée par la Caisse,

— l'annulation des indus réclamés,

— l'annulation de la majoration de 10 % réclamée,

— la condamnation de la CPAM de l'AUDE à lui payer la somme de 10.000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Les prétentions des parties seront, ci après, détaillées et, pour meilleure compréhension, examinées par chef de demande. Ensuite la Cour exposera les motifs pour chacun d'eux. Enfin il sera repris pour l'appréciation de chaque facture l'ordre proposé par la Polyclinique dans ses conclusions.

* * *

I/ Sur la jonction

Il a été enregistré plusieurs appels du même jugement sous les numéros RG 14/03803, RG 14/03763, et RG14/03848

Il convient d'ordonner la jonction de ces trois instances qui concernent le même jugement statuant sur un litige entre les mêmes parties.

II/ Sur le défaut d'information de l'établissement de santé quant au programme de contrôle régional

Argumentation de la Caisse appelante

Elle demande la confirmation du jugement de ce chef.

Argumentation de l'intimée

Selon l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale indique que le contrôle réalisé par les médecins-inspecteurs est réalisé sur pièce et sur place « en application du programme de contrôle régional établi par la commission ».

Ainsi cet article prévoyait que les contrôles sur pièce et sur place ne pouvaient être réalisés qu'en application du programme de contrôle établi par la commission exécutive de l'Agence régionale de l'Hospitalisation.

D'autre part le premier alinéa de l'article R. 162-42-10, applicable à l'époque des faits indiquait que « L'Agence régionale de l'hospitalisation informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence ».

Enfin selon une jurisprudence constante du Conseil d'État, une décision individuelle prise sur le fondement d'un acte non publié est illégale (Conseil d'État, 4 mai 1960, Ministre des Affaires étrangères c/ Sieur Mrazovitch : Lebon 294), de même que les décisions, en tout état de cause, faute de publication, ne sont pas susceptibles de recevoir d'exécution (Conseil d'État, 7 juillet 1999, Glatchenhau, Rec. CE 1999, p. 241, RFDA 1999, p. 1119, n° 10).

Ainsi, le contrôle réalisé au sein de la Polyclinique le Languedoc devait être réalisé en exécution du programme de contrôle publié.

Or en l'espèce le programme de contrôle établi par la commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation n'a jamais été publié.

Il est donc impossible de savoir si la Polyclinique était bien inscrite au programme de contrôle, comme l'affirme la CPAM.

En tout état de cause, la délibération de la commission exécutive de l'Agence régionale de l'hospitalisation n'ayant jamais été publiée, aucun contrôle ne pouvait donc être régulièrement décidé et réalisé sur son fondement.

MOTIFS DE LA COUR

Selon l'article L6115-2 du Code de la santé publique, abrogé par la loi 2009-879 du 21 juillet 2009, l'agence régionale de l'hospitalisation est une personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie, dont au moins la caisse régionale d'assurance maladie, ainsi que l'union régionale de caisses d'assurance maladie.

(*) L'agence régionale de l'hospitalisation est placée sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues au présent titre. Elle est administrée par une commission exécutive et dirigée par un directeur.

Selon l'article L6116-2 du même Code également abrogé, à l'intérieur des établissements de santé et organismes exerçant les missions d'établissement de santé, le contrôle est exercé à l'initiative du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou du représentant de l'Etat dans le département. Celle de ces deux autorités qui prend l'initiative d'un contrôle en informe sans délai l'autre autorité.

Selon l'article L6115-5, du même code et lui aussi abrogé, les délibérations mentionnées à l'article L. 6115-4 de la commission exécutive sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat dans la région, auquel elles sont transmises dans un délai de quinze jours. Le représentant de

l'Etat peut déférer les délibérations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 6115-4 qu'il estime contraires à la légalité, devant le juge administratif, dans les deux mois suivant leur réception.

Selon l'article L.6115-6, du même code et également abrogé, les délibérations portant sur le budget et le compte financier de l'agence ne deviennent définitives qu'après approbation expresse par les ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale.

Enfin selon l'article R.6115-7 du même Code, et abrogé depuis par décret 2010-344 du 31 mars 2010, sans préjudice des obligations de publication prévues par d'autres dispositions dudit Code, les décisions individuelles des directeurs des agences et les délibérations non réglementaires des commissions exécutives sont notifiées aux personnes physiques et morales qu'elles concernent. Les décisions et délibérations réglementaires des mêmes autorités sont publiées au bulletin des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel l'agence a son siège et au bulletin des actes administratifs de la préfecture de chacun des départements dans lesquels s'appliquent ces actes.

Dans ces conditions les décisions de la commission exécutive d'une part sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat dans la région auquel elles sont transmises dans un délai de quinze jours, d'autre part elles ne sont pas des actes réglementaires seuls soumis à une publication. Ainsi l'absence de publication n'a aucun effet sur leur exécution.

De plus l'article L.162-42-10, précité, ne prévoyait qu'une information de l'établissement de santé pour le prévenir de l'engagement du contrôle en application de l'article L. 162-22-18, ceci par tout moyen permettant de déterminer la date de réception.

En conséquence était légalement exclue toute publication compte tenu de la nature de l'acte décidant d'un contrôle soumis à une seule exigence d'information de l'établissement.

Cette argumentation de l'intimée n'est donc pas fondée.

III/ Sur le recueil d'information lors du contrôle sur place

Argumentation de la Caisse appelante

Les obligations de la clinique font qu'elle doit fournir aux médecins contrôleurs tous les éléments nécessaires à leur mission et rien ne s'oppose à ce qu'ils fassent des photocopies de pièces médicales dès lors qu'elles sont liées aux dossiers litigieux.

D'abord aucune critique ne peut être opposée aux médecins contrôleurs du fait du recueil des informations et de la réalisation de photocopies :

—il n'est pas discuté que les médecins contrôleurs ont accès aux informations médicales relatives aux dossiers contrôlés dans le respect des règles de déontologie médicale, les articles R166-1 et R 162-42-10 du code de la sécurité sociale disposent que l'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des médecins contrôleurs l'ensemble des documents qu'ils demandent,

—la Polyclinique avait été informée de la possible réalisation de photocopies par les médecins contrôleurs lors du contrôle,

—l'article R 162-32-3 du code de la sécurité sociale oblige l'établissement de santé à donner toutes les facilités nécessaires à l'exercice de la mission de contrôle.

Ensuite il ressort de la Charte des engagements de l'assurance maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé, charte signée en septembre 2008 que : « à l'issue de la mise à disposition des dossiers médicaux et administratifs par l'établissement l'assurance maladie s'engage à ce que les tâches de secrétariat inhérentes au contrôle sur site, et notamment à l'exécution de photocopies, soient assurées par les contrôleurs ou par le personnel administratifs du service du contrôle médical les accompagnant ».

Enfin elle était Caisse référente et disposait de pouvoirs de délégations pour engager la procédure de recouvrement, ce qui n'est plus discuté en cause d'appel.

Elle demande la confirmation du jugement de ce chef.

Argumentation de l'intimée

Lors d'un contrôle externe régional, les établissements de santé sont tenus de mettre à la disposition des médecins contrôleurs l'ensemble des documents médicaux et administratifs qu'ils demandent (articles R.162-42-10 et R.166-1 du Code de la sécurité sociale et Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés).

Les médecins contrôleurs ont ainsi accès aux informations médicales relatives aux dossiers contrôlés dans le respect des règles de la déontologie médicale (article L.1112-1 alinéa 4 du Code de la santé publique et article L.162-30-1 du Code de la sécurité sociale).

Le Guide du contrôle externe dans sa version applicable au 1^{er} août 2007, prévoyait que « La photocopie d'éléments issus du dossier médical doit être réalisée en accord avec le médecin responsable du patient ».

Il résulte de la combinaison de ces dispositions que les médecins contrôleurs ont accès à l'ensemble des informations utiles à la réalisation de leur mission.

En revanche, aucun texte légal ou réglementaire n'autorise les médecins contrôleurs à photocopier des extraits des dossiers médicaux contrôlés sans l'accord exprès du ou des praticiens en charge desdits dossiers.

L'établissement ne peut pas davantage remettre aux médecins contrôleurs lesdites copies sans avoir obtenu l'accord des médecins libéraux en charge des dossiers médicaux contrôlés.

Ainsi le recueil des informations est irrégulier, ce qui entraîne la nullité du jugement.

MOTIFS DE LA COUR

En application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable, les

établissements de santé peuvent faire l'objet, pour l'application des règles de tarification et de facturation des soins, d'un contrôle sur pièces et sur place effectué par les médecins-inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale d'hospitalisation ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional défini par l'agence .

Selon l'article R. 162-42-10, dans sa rédaction applicable, l'établissement de santé est tenu de fournir ou de tenir à la disposition des praticiens chargés du contrôle l'ensemble des documents qu'ils demandent.

Enfin selon R.166-1 tous renseignements et tous documents administratifs d'ordre individuel ou général utiles à leur mission sont tenus à la disposition des praticiens chargés du contrôle par le directeur de l'établissement dans le respect du secret professionnel, et tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général, sont tenus à leur disposition par les praticiens de l'établissement dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale .

Il résulte de ces dispositions qui régissent le contrôle des établissements de santé, que les praticiens chargés du contrôle peuvent prendre copie, sans avoir à demander au préalable l'accord du directeur ou des praticiens de l'établissement, des documents administratifs et médicaux dont ils demandent la communication.

Le texte invoqué par la société appelante n'est pas de nature réglementaire et ne peut donc déroger à ces trois articles en restreignant les modalités de communication établies au profit des médecins contrôleurs.

En ce sens

Cass civil 2^e 3 avril 2014 N° de pourvoi: 13-16228 Bulletin 2014, II, n° 90

Dans ces conditions l'argumentation de l'intimée n'est pas fondée.

IV/Sur l'irrégularité de la notification de l'indu

Argumentation de la Caisse appelante

Si la partie adverse prétend que la procédure de recouvrement n'est pas motivée au motif que la Caisse n'a pas indiqué pas la règle précise du guide méthodologique de production des résumés de sortie qu'aurait méconnu l'établissement ni la codification de l'acte qui ,aurait dû être facturé, il n'en demeure pas moins qu'elle a appliqué les dispositions de l'article L133-4 du Code de la sécurité sociale en détaillant les informations dans un tableau.

La procédure est donc régulière au regard des dernières décisions de jurisprudence, car les tableaux joints à la notification ont permis à la Polyclinique d'être informée de la nature, de l'étendue et de la cause des versements.

Elle demande la confirmation du jugement de ce chef.

Argumentation de l'intimée

Contrairement aux dispositions de l'article L115- 3 , de l'article 3 de la loi du 11 juillet 1979 et de l'article 25 de la loi du 11 juillet 1979, la décision de la Caisse ne peut être

considérée comme motivée, tout en reconnaissant que les conclusions du rapport établi par les médecins contrôleurs livrent certaines précisions sur les motifs des sommes réclamées par la CPAM.

Toutefois de telles conclusions sont imprécises et ne permettent pas à l'établissement de connaître exactement les faits qui lui ont été reprochés.

MOTIFS DE LA COUR

D'abord il convient de préciser que n'est pas un motif imprécis celui qui constate qu'il n'y a pas d'élément médical au dossier expliquant la nécessité d'utiliser un lit pour une durée justifiée par l'état de santé du patient.

Il en est de même de la constatation selon laquelle « *la majorité des dossiers avec le code P92.2 car ils concernent des bébés nés à terme, de poids de naissance supérieure à 2.500 grammes et il est constaté que tous sont allaités au sein* ».

En l'espèce la polyclinique a transmis le 14 janvier 2010 des observations sur cinq pages lors de la réception du rapport des médecins contrôleurs établi le 29 décembre 2009 sans se plaindre d'une quelconque obscurité.

De plus l'avocat de la Polyclinique a écrit le 9 juillet 2010 à la Caisse « *pour permettre à la Polyclinique Le Languedoc de développer une argumentation complémentaire, l'établissement souhaiterait connaître précisément, pour chaque dossier contesté, les fondements médicaux et juridiques qui justifient votre position.*

L'établissement souhaiterait également savoir sur quel texte vous vous fondez pour considérer que le diagnostic anapath des appendices n'est pas un élément suffisant pour justifier le codage et corrélativement, la facturation de la Polyclinique Le Languedoc . »

Enfin la notification de l'indu adressée le 11 juin 2010 à l'établissement fait référence au contrôle sur site ainsi qu'aux résultats du contrôle, porte le montant global d'indu réclamé, mentionne le délai imparti au débiteur pour régler l'indu et à défaut l'information de l'application d'une majoration.

Etait joint à cet envoi un tableau comportant les nom et prénom de chaque malade, la date de naissance, le numéro d'entrée , le numéro de la facture, le régime d'assurance maladie, le numéro de la Caisse gestionnaire, la date d'entrée, la date de sortie, le GHS initial, le GHS final, le montant initial théorique du séjour, le montant du séjour après contrôle, l'indu absolu (différence entre le séjour après contrôle et le séjour avant contrôle) les faits reprochés, le taux de prise en charge, l'indu net et la date de mandatement.

Contrairement à ce qu'affirme la Polyclinique la considération de droit, fondant un motif, peut découler non seulement d'un texte, mais aussi d'un codage, comme le fait la Convention Internationale des Maladies dans sa 10^e révision.

Les tableaux joints font état, selon les cas , d'erreur de codage de diagnostic principal (DP) , d'erreurs de codage de diagnostics associés (DAS) par non respect du guide méthodologique de production des résumés de sortie, ou

encore de prestation non médicalement justifiée en application des dispositions de l'article L162-22-6,

Tous ces éléments ont donc permis à la Polyclinique d'être informée de la nature, l'étendue et de la cause des versements au sens de l'article L133-4 du Code de la sécurité sociale .

Il en est de même pour la mise en demeure adressée le 4 janvier 2011 qui comporte un rejet des réclamations en fournissant des réponses particulièrement détaillées à des questions spécifiques posées par l'avocat de la Polyclinique.

L'argumentation de la Polyclinique n'est donc pas fondée.

V/Sur la méconnaissance du secret professionnel et médical

Argumentation de la Caisse appelante

Si la Polyclinique invoque la nullité de la notification de l'indu et de la mise en demeure pour absence de respect du secret médical et professionnel , car les tableaux transmis comportaient des éléments de nature médicale et personnelles comme le NIR, les nom et prénom, la date de naissance, la période et la nature d'hospitalisation , les dispositions de l'article L. 161-29 alinéas 1, 3 et 4 du Code de la sécurité sociale disposent:

« Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit 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, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. Les personnels des établissements de santé chargés de la facturation des prestations, les directeurs de ces établissements ou leur représentant ont connaissance, dans le cadre de leur fonction et pour la durée de leur accomplissement, du numéro de code de ces prestations ».

De plus la jurisprudence de la Cour d'appel de ce siège retient que ces éléments sont des données uniquement administratives qui ne sont pas couvertes par le secret professionnel et le secret médical.

Elle demande la confirmation du jugement de ce chef.

Argumentation de l'intimée

Aux termes des articles L.6113-1 et suivants du Code de la santé publique seules les équipes soignantes et le médecin DIM (responsable de l'information médicale) des établissements de santé ont un droit d'accès aux informations personnelles des patients.

En aucun cas le Directeur ne dispose de ce droit d'accès.

En l'espèce, la notification d'indu litigieuse du 11 juin 2010 comportant les informations nominatives des patients, et particulièrement leurs nom et prénoms, a été

adressée au Directeur de la Polyclinique le Languedoc .

La CPAM de l'Aude a donc méconnu les dispositions de l'article R. 161-32 du code de la sécurité sociale selon lequel :

« Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie sont tenus de prendre toutes les dispositions nécessaires aux fins de préserver, notamment dans le cadre du traitement mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 161-29, la confidentialité des données transmises et traitées aux termes de cet article, et en particulier pour limiter aux seuls personnels habilités l'accès direct aux données médicales relatives aux assurés ou à leurs ayants droit ».

En conséquence, la CPAM de l'Aude a non seulement violé le secret professionnel, mais aussi l'obligation spéciale prévue par l'article R. 161-32 du code de la sécurité sociale.

De ce seul chef, la notification de payer est irrégulière et la procédure de recouvrement ne peut qu'être annulée.

MOTIFS DE LA COUR

D'abord il convient de rappeler qu'en application de l'article 13 de la loi 2294 du 19 octobre 1946 , des avis du 6 février 1951 et du 11 mars 1965 du Conseil d'Etat, des dispositions de l'article 378 de l'ancien Code pénal devenue 226-13 , et d'une jurisprudence établie, l'ensemble des personnels des organismes de sécurité sociale a été considéré comme appartenant à un organisme de droit privé chargé d'une mission de service public et ont toujours été tenus au secret professionnel, cette obligation s'imposant non seulement aux agents salariés mais aussi aux administrateurs .

Ensuite selon l'avant dernier alinéa de l'article L169-29 du Code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable, le personnel des organismes d'assurance maladie est toujours soumis au secret professionnel dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 226-13 du Code pénal.

Si ledit article L161-29 prévoit que seuls les praticiens-conseils et les personnels placés sous leur autorité ont accès aux données nominatives issues du traitement susvisé, lorsqu'elles sont associées au numéro de code d'une pathologie diagnostiquée, cette restriction ne concerne que les opérations de recueils généralisés et systématiques d'informations auprès des organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables à des assurés et qui 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, y compris lorsque ces prestations sont établies à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du Code de la santé publique, et des pathologies diagnostiquées des établissements de santé.

Dans ces conditions, hors cette restriction , le personnel des caisses primaires est bien soumis au secret professionnel d'une part lorsqu'il a connaissance des données recueillis par les médecins lors d'un contrôle de professionnel ou d'établissements de santé, d'autre part lorsqu'il agit dans le cadre de l'accomplissement de sa mission de recouvrement d'un indu , étant rappelé qu'est tenu au secret professionnel toute personne dépositaire par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, de

secrets ou de données personnelles, relatives à la santé, qui concernent la vie privée des assurés et qui sont confidentielles.

En conséquence l'argumentation de l'intimée n'est donc pas fondée en ce qu'elle soutient que le directeur de la Caisse n'était pas soumis au secret professionnel et ne pouvait connaître des données personnelles transmises par le secrétariat des médecins contrôleurs.

VI/Sur le fondement de l'action en recouvrement

Argumentation de la Caisse appelante

D'abord l'ensemble des textes applicables à la date de la période contrôlée fonde la facturation des GHS sur l'existence d'une hospitalisation.

Ainsi l'article 251 de la loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 a inséré dans le Code de sécurité sociale une sous section intitulée «*frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé*» et comprenant les articles L.162-22-6 à L.162-22-18.

Si l'article L.162-22-6, relatif aux catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, renvoie à un décret, ce dernier précise les catégories de prestations d'hospitalisation qui sont les séjours et les soins avec ou sans hébergement représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient.

Les GHS constituent donc des forfaits de séjours et de soins de nature à couvrir des prestations qui sont représentatives des moyens nécessaires à l'hospitalisation avec cette précision que ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS, toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé.

Or la Caisse soutient qu'elle ne conteste pas la réalité des prestations effectuées mais leur qualification effectuée par l'établissement au regard des règles de tarification.

Argumentation de l'intimée

Préalablement elle prétend que le principe de la répétition de l'indu obéit à la règle selon laquelle il appartient au demandeur en restitution des sommes qu'il prétend avoir induement payées de prouver la caractère indu du paiement, et à cet égard le rapport de contrôle, la notification d'indu, et la mise en demeure ne sont pas considérés comme des preuves permettant de fonder l'action en répétition.

Elle conteste donc le principe de la dette invoquant un renversement de la charge de la preuve par la Caisse.

MOTIFS DE LA COUR

Il est constant que la Caisse ne discute pas la matérialité et la réalité des actes et prestations effectués mais leur qualification effectuée par l'établissement au regard des seules règles de tarification.

Selon l'article R. 1112-2 du Code de la santé publique un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé, et ce dossier doit contenir au moins les informations recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

— la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission,

— les motifs de l'hospitalisation,

— la recherche d'ATCD et de facteurs de risque,

— les conclusions de l'évaluation clinique initiale,

— le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers;

Ainsi il est mis à la charge de l'établissement de santé une obligation de recueil des informations médicales constitutives du dossier du patient, lesquelles permettent de justifier la facturation d'un GHS et l'établissement doit justifier de l'exécution de cette obligation lors d'une hospitalisation.

Le mode de financement ainsi instauré est fondé sur un système déclaratif, les frais de santé étant remboursés sur simple déclaration, en sorte qu'il appartient à l'établissement concerné de rapporter la preuve qu'il a satisfait aux conditions de facturation des actes pratiqués, l'organisme ayant, en ce qui le concerne, la charge de rapporter la preuve du caractère indu de son paiement, une simple erreur suffisant, les médecins contrôleurs devant retrouver, à la lecture des dossiers médicaux, les prestations caractérisant les GHS facturés.

VII /Sur le champ de contrôle N°1 (pneumopathie, vasculaire, digestif et anémie)

Argumentation de la Caisse appelante

Pour 32 facturations de ce champ qui concerne la codification en DAS D62, anémie post hémorragique aigue, le jugement a invalidé la position des médecins contrôleurs en estimant que :

— la CPAM se fondait sur des textes qui n'étaient pas en vigueur au moment du contrôle,

— les dossiers médicaux en cause comprenaient tous la justification d'une hémorragie effective et caractérisée fondant [...] le codage D62.

Sur le premier point les textes sur lesquels se sont fondés les médecins-contrôleurs sont :

— l'arrêté du 31 décembre 2003 modifié,

— le guide méthodologique de codage des RSS en vigueur au moment du contrôle.

— guide en annexe 3 de l'arrêté du 31 décembre 2003, modifié par arrêté du 25 février 2006, et la CIM révision 10.

Il apparaît que le tribunal inverse les principes de codage évoqués en préambule, puisque selon ces référentiels, « les informations du résumé d'unité médicale doivent être conformes au contenu du dossier des patients » et donc comporter les éléments nécessaires au diagnostic le plus précis.

Ainsi, si les éléments contenus dans le dossier médical des patients attestent bien de la présence d'une anémie, il ne s'agit pas d'une anémie post hémorragiques aiguë prouvée.

En effet, aucun des éléments présents dans les dossiers ne donne d'indication sur l'origine de l'anémie rencontrée. Il n'est alors pas possible d'utiliser le code D62 qui atteste d'une anémie spécifique, résultant d'une hémorragie brutale et non prévue.

De plus, pour l'ensemble des dossiers on constate que les interventions chirurgicales réalisées sont des interventions reconnues par la médecine comme hémorragiques par nature (intervention sur les hanches, le fémur, le genou,...).

Pour ces interventions, les médecins traitant les patients sont invités à anticiper et compenser ce risque par différentes mesures. Dans ces conditions, on ne peut pas considérer qu'il y a des hémorragies aiguës qui s'ajouteraient au déroulé de l'intervention.

Argumentation de l'intimée

En premier lieu, elle invoque le non respect du principe d'impartialité et une apparence de motivation du jugement déferé.

En l'espèce la juridiction a motivé sa décision en se fondant uniquement sur les observations de la CPAM et en confrontant les dossiers médicaux aux arguments de la CPAM.

De ce seul chef la Cour ne peut qu'annuler le jugement attaqué.

En deuxième lieu, le motif retenu par le jugement est entaché d'une erreur de fait puisque les dossiers médicaux permettent de justifier le codage retenu par l'établissement.

En effet selon le Guide Méthodologique de Production des Résumés de Séjours du PMSI en MCO, dans sa version modifiée par l'arrêté du 28 février 2006, le diagnostic principal est défini comme suit :

« le diagnostic principal (DP) est le motif de prise en charge qui a mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant au cours de l'hospitalisation. (...) Le DP est déterminé à la fin du séjour du malade dans l'unité médicale. Il est énoncé en connaissance de l'ensemble des informations médicales le concernant, y compris les résultats d'examens effectués pendant le séjour qui parviendraient postérieurement à la sortie (anatomopathologie, virologie.) dans la mesure où ils sont disponibles au moment où le résumé de séjour doit être réglementairement produit ».

Ce guide précise également que deux types de diagnostics associés significatifs (DAS) sont à distinguer :

— Les diagnostics, symptômes et autres motifs de recours significatifs d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens par rapport au seul DP ou, ce qui revient au même, par rapport au couple DPDR.

Dans cette acception, est considéré comme significatif tout problème lié au DP ayant donné lieu à une prise en charge supplémentaire (investigation, traitement...) du fait d'une affection nouvelle (telle une affection aiguë intercurrente) ou préexistante (évolution d'une affection connue ou affection chronique en cours de traitement) ou du fait de conditions familiales, sociales ou économiques ayant justifié une prise en charge particulière identifiable susceptibles d'avoir allongé le séjour.

— les DAS par convention ne répondent pas à la définition précédente mais doivent être enregistrés en position de DAS du fait des consignes de codage propres au PMSI en MCO ».

Ainsi, l'investigation ou le traitement d'un problème supplémentaire à la prise en charge principale permet de justifier le DAS.

Or en l'espèce, s'agissant des 14 dossiers litigieux, le code retenu est justifié.

MOTIFS DE LA COUR

D'abord concernant le non respect du principe d'impartialité du jugement, celui-ci fonde la prémisse de son raisonnement sur le texte produit aux débats qui comporte la date de 2010 en sorte qu'il ne pouvait pas s'appliquer à des faits de 2008 antérieurs à sa promulgation.

Ayant ainsi écarté le fondement juridique de cette demande le jugement n'avait pas, dans cette hypothèse, à examiner les autres moyens des parties en sorte que le reproche d'une apparence de motivation du jugement n'est pas établie.

Ensuite les conclusions de la Caisse faisaient référence en première instance (page 27) à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) qui avait rappelé à plusieurs reprises la règle de codage du code D62, dans le guide méthodologique, dans les conseils de codage de l'ATIH, et dans le rapport annuel relatif à la campagne de contrôle 2007 portant sur les données d'activité de l'année 2006.

En application de l'article 12 du Code de procédure civile il appartenait à la juridiction de vérifier s'il existait un texte similaire ou identique pour la période litigieuse soit en le réclamant à la Caisse, soit en consultant, les parties étant d'accord sur le droit applicable en la cause, le site de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ou ATIH instituée par le décret 2000-1282 du 26 décembre 2000, repris dans le code de la santé publique aux articles R. 6113-33 et suivants et chargée, entre autres, de l'élaboration et de la maintenance des nomenclatures de santé.

<http://www.atih.sante.fr/textes-officiels-du-pmsi-en-mco>

De ce chef le jugement doit être réformé.

Il convient donc d'examiner les prétentions des parties au regard des textes invoqués par la Caisse, étant observé que le guide en annexe III de l'arrêté du 31 décembre 2003, modifié par arrêté du 25 février 2006, a été publié au BO spécial fascicule 2006/2 bis du 1^{er} mars 2006 intégrant la révision 10 de la Convention Internationale des Maladies.

Enfin la Caisse soutient que, pour 32 facturations, devant l'absence d'indications quant à l'origine de l'anémie, et en présence d'interventions chirurgicales réputées hémorragiques, l'établissement ne pouvait pas utiliser le

code D62, anémies post hémorragiques aiguës, mais devait utiliser le code D64.9 autres anémies.

A cet égard le jugement déferé a estimé que : les dossiers médicaux en cause comprennent tous la justification d'une hémorragie effective et caractérisée, fondant alors, au regard de la version du guide méthodologique en vigueur, le codage D62 de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), visant l'anémie post hémorragique aiguë".

Or si les éléments contenus dans les dossiers attestent de la présence d'anémie, aucune indication n'est relative à une anémie post hémorragiques aiguë prouvée dans chacun d'eux.

En effet le code D62 correspond à une hémorragie brutale et non prévue, qui nécessite des transfusions massives ou à tout le moins dont le volume dépasse le volume prévisible, et qui s'ajouterait à l'intervention elle-même par nature hémorragique comme les opérations des hanches, fémurs, ou encore genou. Aucune précision n'est formulée sur un tel acte qui mobilise à chaque fois l'essentiel de l'effort de soins.

Dans ces conditions ce choix d'un codage du DP systématique n'a pas tenu compte de la situation clinique identifiée et des règles qui en découlent.

Le jugement doit être également réformé de ce chef la demande de remboursement étant justifiée.

VIII/Sur le champ de contrôle N°1 : analyse par factures

Facture n°080469700 pièce 11-2 de la Polyclinique

Ce dossier concerne une patiente de 78 ans hospitalisée du 18 au 23 février 2008 pour un diagnostic principal initial d'Affections du tube digestif avec CMAS puis de syndrome abdominal aiguë à la suite de douleurs abdominales.

Selon la Polyclinique, au cours de cette hospitalisation, la patiente a également été prise en charge pour une pneumopathie à micro-organisme non précisée (CIM J18 – DAS).

Ce diagnostic a été posé par le praticien pneumologue et traité immédiatement par des antibiotiques et c'est la raison pour laquelle aucun germe n'a été retrouvé au retour des analyses. Cette patiente a également été placée sous oxygène.

Selon la Caisse les éléments du dossier ne justifient que le codage en DP de bronchite aiguë car il n'est pas mis en évidence de foyer pneumopathique dans les examens complémentaires présents au dossier.

Conclusions de la Cour : Si le dossier médical indique qu'un spasme bronchique a été diagnostiqué chez la patiente traitée par antibiotique et aérosol, il n'en demeure pas moins qu'après la réalisation de la radio du thorax aucun soin n'est mentionné au dossier.

Il n'y a donc pas eu des symptômes ou d'autres motifs significatifs d'une majoration de l'effort de soins par rapport au diagnostic principal.

La demande de remboursement est donc justifiée.

[...]

Ce dossier concerne un patient de 70 ans hospitalisé du 15 au 26 septembre 2008 pour un diagnostic principal initial de Calcul des canaux biliaires.

Selon la Polyclinique, au cours de cette hospitalisation, le patient a également été pris en charge pour une pancréatite aiguë d'origine biliaire (CIM K851), un syndrome de dépendance à l'alcool (CIM F1024) mentionné sous le sigle « intox OH » et une cirrhose alcoolique (CIM K703).

Selon la Caisse la prise en charge principale est constituée par une pancréatite aiguë confirmée par le courrier de sortie au médecin traitant.

Conclusions de la Cour : D'une part la Polyclinique ne discute pas ce courrier de fin de séjour d'autre part le diagnostic principal (DP) est celui établi lors de la sortie de l'établissement et non celui initial ou intermédiaire.

La demande de remboursement est donc justifiée.

Facture 080295300 pièce 11-1

Ce dossier concerne une patiente de 77 ans hospitalisée du 31 janvier au 8 février 2008 pour une affection du sang et des organes hématopoïétiques (DP).

Selon la Polyclinique au cours de cette hospitalisation, la patiente a également été prise en charge pour une pneumopathie à micro-organisme non précisée (CIM 118 – DAS). Ce diagnostic a été posé par le praticien pneumologue et traité immédiatement par des antibiotiques c'est la raison pour laquelle aucun germe n'a été retrouvé au retour des analyses. Cette patiente a également été placée sous oxygène.

Conformément au guide méthodologique précité, le DAS peut être codé dès lors qu'il y a investigation.

Or en l'espèce, si les résultats devaient être analysés en externe, il y a bien eu investigation pendant l'hospitalisation.

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM « Affections du sang et des organes hématopoïétiques avec CMAS » l'est aussi. Le GHM « Troubles de la coagulation, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA » ne peut donc être retenu.

La CPAM considère que le codage ne pouvait pas être retenu car l'exploration était encore en cours à la sortie de l'hospitalisation. En réalité, lors de l'hospitalisation, une image pathologique au niveau bronchique avait été diagnostiquée mais l'exploration de cette pathologie devait se poursuivre.

Conclusions de la Cour : En l'état il n'est pas démontré l'existence d'une broncho-pneumopathie pouvant être un diagnostic principal alors qu'elle est qualifiée de DAS par les documents de la Polyclinique. D'ailleurs la lettre de sortie du 8 février 2008 mentionne au principal un purpura vasculaire inflammatoire et secondairement une image pathologique au niveau bronchique en cours d'exploration pour cela auprès du docteur X... et ce dernier souhaite revoir la patiente en externe avec les clichés du scanner.

La demande de remboursement est donc justifiée.

Facture 081270900 pièce 11-3

Ce dossier concerne un patient de 76 ans hospitalisé du 27 au 30 mai 2008 pour une prostatectomie (DP).

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, ce patient a également été pris en charge pour une angine de poitrine (CIM 120-DAS). Le diagnostic d'angor a été confirmé par les praticiens (anesthésistes et cardiologues) et le patient a été traité pour cette affection.

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM « Prostatectomies transurétrales avec CMAS »¹ est aussi. Le GHM « Prostatectomies transurétrales sans CMAS » ne peut donc être retenu.

Selon la Caisse le diagnostic d'angor, code 1.120, en DAS n'est pas établi ni tracé dans le dossier médical.

Conclusions de la Cour : Si effectivement il a été noté lors de l'entrée à l'établissement de santé une angine de poitrine avec spasme coronaire, il s'agissait uniquement des antécédents du patient et aucun soin n'a concerné cette affection au sein de l'établissement. D'ailleurs le compte rendu opératoire du 27 mai 2008 n'en fait pas état.

La demande de remboursement est donc justifiée.

Facture n°080863800 pièce 11-4

Ce séjour concerne un patient de 86 ans hospitalisé du 17 au 22 avril 2008 pour une ablation de la prostate (DP).

Selon la Polyclinique, au cours de son hospitalisation ce patient a également été pris en charge pour une atteinte non rhumatismale de la valvule aortique (CIM I35-DAS). Le cardiologue a diagnostiqué chez ce patient une insuffisance valvulaire aortique dont le degré de retentissement fonctionnel était de niveau 2. Ce niveau est caractérisé par une décompensation vasculaire et permet de coder un DAS conformément à la grille de l'académie de médecine utilisée par les cardiologues.

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM « Prostatectomies transurétrales avec CMAS » l'est aussi. Le GHM « Prostatectomies transurétrales sans CMAS » ne peut donc être retenu.

Selon la Caisse ni le diagnostic ni le traitement n'ont été effectués à l'occasion du séjour contrôlé.

Conclusions de la Cour : Si effectivement il a été noté lors de l'entrée à la Polyclinique une insuffisance de la valvule aortique non rhumatismale, il s'agissait uniquement des antécédents du patient et aucun soin n'a concerné cette affection au sein de l'établissement. D'ailleurs aucun document n'en fait état et le compte rendu opératoire n'est pas produit aux débats.

La demande de remboursement est donc justifiée.

Facture ° 081005900 pièce 11-5

Ce dossier concerne un patient de 76 ans hospitalisé du 16 au 24 avril 2008 pour une prothèse de la hanche (DP).

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, ce patient a également été pris en charge pour une insuffisance ventriculaire gauche (CIM I50.1-DAS) et une dysplasie ventriculaire. L'échographie cardiaque a permis de révéler une fraction d'éjection à 36 %, ce qui atteste de la présence

de troubles cardiaques sévères qui exposaient le patient à un 'dème aigu du poumon. Cette fraction d'éjection à 36 % est une preuve objective de l'insuffisance cardiaque sévère, sa prise en charge dans le séjour est obligatoire.

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM « Prothèses de hanche avec CM-A » l'est aussi. Le GI-EVI « Prothèses de hanche sans CIVIA » ne peut donc être retenu.

Selon la Caisse les codages en DAS de 150-1 et de Z92.1 sont injustifiés

Dans le dossier médical ni le diagnostic ni la prise en charge thérapeutique ni une majoration d'effort de soins ne sont mentionnés.

Conclusions de la Cour : Si effectivement il a été noté lors de l'entrée à la Polyclinique une insuffisance ventriculaire gauche et une dégénérescence du myocarde comme DAS il s'agissait uniquement d'antécédents du patient et aucun soin n'a concerné ces deux affections, au sein de l'établissement.

D'ailleurs aucun document n'en fait état et le compte rendu opératoire n'est pas produit aux débats.

La demande de remboursement est donc justifiée.

Facture n° 081220400 pièce 11-6

Ce dossier concerne un patient de 43 ans hospitalisé du 10 au 15 mai 2008 pour une pancréatite aiguë d'origine biliaire K851 (DP) et pour d'autres péritonites K65.8 (DS)

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, ce patient a également été pris en charge pour des complications péritonéales généralisées ou localisées (MI K65-DAS) comme en atteste le courrier adressé par le chirurgien au médecin traitant :

« Monsieur ... est hospitalisé en urgence pour un tableau de pancréatite aiguë lithiasique avec migration lithiasique.

Dans un premier temps, il a été pris en charge par X', puis par moi-même. Le bilan mettait en évidence un bilan hépatique très perturbé avec une amylase et surtout une lipase à plus de 13.000.

Il avait aussi un scanner avec une réaction pancréatique importante avec infiltration de la région de l'arrière cavité des épiploons (...) » ;

L' « infiltration de la région de l'arrière cavité des épiploons » est synonyme de rétro-péritonite.

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM « Affections du système hépatobiliaire et du pancréas avec CMAS » l'est aussi. Le GHM « Affections non malignes du pancréas avec CMAS » ne peut donc être retenu.

Devant le tribunal la CPAM a reconnu que le courrier du 15 mai 2008 valide le code retenu par l'établissement. Cependant, la Caisse regrette que le médecin-contrôleur n'ait pas photocopié ledit courrier mais les médecins-contrôleurs n'ont jamais indiqué que le dossier ne comportait pas ce courrier, ou qu'il était incomplet, ils n'ont d'ailleurs tout simplement jamais expliqué pourquoi le code retenu par l'établissement était contesté.

Selon la Caisse le désaccord porte sur la tarification K65.8 en DAS.

Conclusions de la Cour : Selon le guide de méthodologie le diagnostic DAS est significatif d'une majoration de l'effort de soins et de l'utilisation des moyens par rapport au seul DP, ce qui est caractérisé au cas en l'espèce.

Il convient d'annuler l'indu correspondant à cette facture.

Facture 081832600 pièce 11-7

Ce dossier concerne une patiente de 50 ans hospitalisée en urgence du 12 au 15 juillet 2008 pour un calcul de la vésicule biliaire avec cholécystite aigue K 800 (DP) et était également prise en charge pour « autre péritonite » (CIM K65.8-DAS).

Selon la Polyclinique le diagnostic est retracé dans la lettre de sortie du dossier médical de la patiente :

« Madame Y ... qui vit de temps en temps près de chez vous a donc été hospitalisée en urgence à la Polyclinique pour un tableau douloureux abdominal fébrile, avec une douleur commençant par l'épigastre, puis se prolongeant vers l'hypocondre droit et enfin la fosse iliaque droite.

Les premiers signes étaient en faveur d'une appendicite aiguë, puis en reprenant l'interrogatoire il semblait qu'il existait une douleur de l'hypocondre droit.

Les différents examens ont mis en évidence, une vésicule lithiasique aux parois non épaissies, avec un bilan qui s'est rapidement normalisé.

Je ne suis pas certain que ce soit la vésicule biliaire qui soit en cause.

Nous avons convenu avec Madame Y' de ne pas intervenir pour le moment et de la renvoyer à son domicile sous votre surveillance en évitant de manger des graisses cuites et des frites.

Si par malheur elle devait refaire une crise douloureuse, elle sera alors hospitalisée et opérée dans la foulée ».

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GI-IM « Affections du système hépatobiliaire et du pancréas avec CMAS » l'est aussi. Le GIIM « Affections des voies biliaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA » ne peut donc être retenu.

Selon la Caisse cette lettre de sortie ne fait pas état d'un diagnostic de péritonite.

Conclusions de la Cour Le DAS n'est pas justifié compte tenu de l'incertitude sur le diagnostic et la demande de remboursement est donc justifiée.

Facture n° 080860100 pièce 11-8

Ce dossier concerne une patiente de 68 ans hospitalisée du 8 au 11 avril 2008 pour une tumeur maligne de l'orifice urétéral (DP).

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, cette patiente a également été prise en charge pour « autres thalassémies » (CIM D56.8-DAS) et une cirrhose biliaire primitive.

La thalassémie est une affection héréditaire du sang (modification de la forme et de l'élasticité des globules rouges) qui entraîne des risques de complications lors des interventions chirurgicales; l'anesthésiste est obligé d'ajuster tous ses traitements pré opératoires et post opératoires; on est donc bien dans la justification de DAS.

Cette patiente a ainsi nécessité une surveillance accrue de la part de l'anesthésiste en raison des possibles risques notamment de phlébite et d'embolie pulmonaire. La thalassémie est une comorbidité classante qui justifie le DAS.

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GIIM est « Interventions transurétrales ou par voie transcutanée avec CMA » l'est aussi. Le GH1\4 « Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA » ne peut donc être retenu.

Selon la Caisse le diagnostic avait été posé avant l'hospitalisation, et le dossier médical ne permet pas de justifier une prise en charge particulière pour une affection ou une majoration de l'effort de soins pendant le séjour.

Conclusions de la Cour : Aucun élément ne figure au dossier médical corroborant les affirmations de la Polyclinique.

La demande de remboursement est donc justifiée

Facture n° 081318400 pièce 11-9

Ce dossier concerne un patient de 74 ans hospitalisé du 2 au 5 juin 2008 pour une ablation de la prostate (DP).

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, ce patient a également été pris en charge pour une cystite (CIM N30) traitée par l'antibiotique « Ciflox » pendant les six premiers jours de l'hospitalisation.

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM « Prostatectomies transurétrales avec OMS » l'est aussi. Le GIIM « Prostatectomies transurétrales sans CMAS » ne peut donc être retenu.

La Caisse indique la prise en charge correspond à une infection urinaire et non d'une cystite, selon les documents d'anesthésie.

Conclusions de la Cour : Effectivement il a été noté une infection urinaire mais sans majoration d'un effort de soins.

La demande de remboursement est donc justifiée

Facture n° 080118600 pièce jointe 11-10

Ce dossier concerne une patiente de 60 ans hospitalisée du 11 au 22 janvier 2008 pour un syndrome abdominal aigu (DP).

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, cette patiente a été prise en charge pour un ulcère du duodénum aigu, avec perforation (CIM K261), comme en atteste la lettre du chirurgien adressé au médecin traitant :

« Madame X. a été hospitalisée dans le service de la polyclinique pour une surveillance pour une douleur abdominale qui a fait difficilement sa preuve.

Les premiers examens faisaient penser à une rupture d'ulcère. (...) »

Le compte rendu de l'examen de tomodensitométrie abdomino pelvienne confirme également cet ulcère avec perforation :

« (...) Pancréas de taille normale avec dilatation de Wirsung sur l'ensemble de son trajet jusqu'au niveau du cholédoque.

Infiltration du mésentère à la partie inférieure du pancréas avec volumineuse collection péri-pancréatique venant au contact du cadre duodénal qui apparaît différenciée, très faiblement aérée. (...) ».

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GBILVI « Affections du tube digestif avec CMAS » l'est aussi. Le GHIVI « Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CA/1A » ne peut donc être retenu.

Selon la Caisse le diagnostic d'ulcère du duodenum aigu avec perforation ne figure pas dans la lettre de sortie du chirurgien.

Conclusions de la Cour : Effectivement le chirurgien a indiqué qu'il n'avait aucune explication pour la pseudo masse rétro péronéale au contact du duodenum. Cependant il n'y a pas eu majoration d'un effort de soins.

La demande de remboursement est donc justifiée

[...]

Ce dossier concerne une patiente de 76 ans hospitalisée du 3 au 12 novembre 2008 pour la mise en place d'une prothèse de hanche (DP).

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, cette patiente a également été prise en charge pour un syndrome de dépendance à l'alcool.

Le dossier comporte bien la preuve du diagnostic du syndrome de dépendance alcoolique, puisque le compte rendu de l'examen anesthésique a diagnostiqué une intoxication OH majeure (pour mémoire, en chimie, le groupement OH désigne l'hydroxyle, présent dans les alcools éthyliques).

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM Prothèses de la hanche avec CMAS l'est aussi. Le GHMI « Prothèses de la hanche sans CMAS » ne peut donc être retenu.

Selon la Caisse le dossier médical ne montre pas une prise en charge d'un syndrome de dépendance alcoolique.

Conclusions de la Cour : Effectivement s'il a été noté lors de l'entrée dans l'établissement d'une dépendance à l'alcool aucune prise en charge particulière n'a été mise en œuvre en sorte qu'il n'y a pas eu de majoration d'un effort de soins.

La demande de remboursement est donc justifiée

Facture n° 082840400 pièce jointe 11-13

Ce dossier concerne un patient de 65 ans, diabétique, hospitalisé du 4 au 11 novembre 2008 pour une intervention pour des affections de l'appareil

musculosquelettique et du tissu conjonctif. Le DP initial était autres gonarthroses primaires.

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, ce patient a également été pris en charge pour une angine de poitrine, une insuffisance (de la valvule) mitrale et une pneumopathie bactérienne. Celle-ci est caractérisée sur les pièces du dossier médical du patient par le signe BPCO (Broncho-pneumopathie chronique obstructive).

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM est « Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CAS non traumatiques » l'est aussi. Le GHM « Prothèses de genou » ne peut donc être retenu.

La Caisse n'a pas présenté d'observations sur cette facture et les documents démontrent plusieurs prises en charge au sein de l'établissement.

La demande de remboursement n'est pas justifiée.

Facture n° 082825900 pièce jointe 11-14)

Ce dossier concerne un patient de 75 ans, diabétique, hospitalisé du 16 novembre au 20 novembre 2008 pour une prostatectomie (DP).

Selon la Polyclinique au cours de son hospitalisation, ce patient a également été pris en charge pour une insuffisance (de la valvule) mitrale, mise en évidence par le cardiologue (...). Il y a une petite frite de grade 1,5 environ (...)

Cette insuffisance mitrale apparaît également dans la fiche de l'anesthésiste par la mention TMI (insuffisance mitrale ischémique).

Le DAS est donc justifié et corrélativement la facturation du GHM est « Prostatectomies transurétrales avec CMA » l'est aussi. Le GIEVI « Prostatectomies transvétrales sans CMA » ne peut donc être retenu.

Les PAS retenus par les médecins de l'établissement sont donc justifiés et la facturation de l'établissement est ainsi conforme aux règles de codage.

Selon la Caisse le codage d'insuffisance mitrale n'est pas justifié car ni le diagnostic ni le traitement n'ont été effectués lors du séjour contrôlé.

Conclusions de la Cour : Effectivement s'il a été noté lors de l'entrée dans l'établissement l'existence d'une petite frite relevée lors d'une échographie réalisée par un cardiologue en ville au mois de septembre 2008, les documents produits, dont un compte rendu opératoire, ne mentionnent aucune prise en charge particulière mise en œuvre en sorte qu'il n'y a pas eu de majoration d'un effort de soins.

La demande de remboursement est justifiée.

IX / Sur le champ de contrôle N°3 (nouveaux nés)

Argumentation de la Caisse appelante

Selon les explications fournies le désaccord, sur 63 dossiers, porte sur le code P92.2 « alimentation lente du nouveau-né » pour des bébés qui ont présenté des difficultés à s'alimenter au sein, mais pour lesquels aucun gavage n'a

été réalisé et donc aucune charge en soins supplémentaires ne permet de justifier ce code.

Les médecins contrôleurs ont retenu le code P92.5 « alimentation au sein difficile chez le nouveau-né » mieux adapté aux situations rencontrées.

Si l'établissement allègue qu'une perte de poids supérieure à 7% du poids de naissance est pathologique et justifie le codage P92-2 « alimentation lente du nouveau-né » il n'en demeure pas moins que pour la période de la naissance à 4 à 6 jours de vie, l'estomac du nourrisson ne peut recevoir qu'une quantité très limitée de lait (5 à 7 millilitres). Il est tout à fait physiologique que le nourrisson répète son alimentation dans des intervalles rapprochés, durant cette période.

Hormis identification d'une pathologie spécifique, une perte de poids pouvant aller jusqu'à 10% durant les 4 à 6 premiers jours de vie est tout à fait normale. Ainsi le codage P92.2 « alimentation lente du nouveau-né » retenu par l'établissement dans les dossiers n'est pas justifié.

Argumentation de l'intimé

Selon la Haute Autorité de Santé, dès lors qu'un nouveau-né a fait l'objet d'une perte de poids supérieure à 7%, il n'est pas considéré comme « bien portant ».

Aussi si le jugement déferé considère à juste titre qu'une perte de poids de plus de 7 % est « alarmante », il est incompréhensible qu'il ne retienne pas le code retenu par l'établissement en GHS 5804 « Nouveaux nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif ».

En effet, en l'espèce, contrairement à ce qu'indique le Tribunal les dossiers médicaux démontrent que, pour chaque dossier, les nourrissons ont perdu 7 % à plus de 10% de leur poids caractérisant ainsi un problème significatif, et le simple constat médical d'une perte de poids et d'une alimentation lente du nouveau né suffisent à justifier le codage retenu par l'établissement.

MOTIFS DE LA COUR

D'abord il convient de souligner que l'établissement a choisi le code P92.2 « alimentation lente du nouveau-né » pour l'ensemble des bébés nés à la Polyclinique durant l'année de contrôle.

Ce critère ne résultait pas directement des mentions figurant sur les fiches médicales, à la rubrique pathologie digestive, car sur celles-ci ne figuraient pas systématiquement une perte de poids de plus de 10 % pour chaque nouveau né, étant précisé que les fiches pré imprimées ne comportaient comme seuil ce seul pourcentage.

Ensuite la méthode choisie n'est pas celle prescrite par les textes en cette matière.

En effet l'établissement n'a pas respecté les principes du codage qui sont, selon le guide méthodologique modifié par l'arrêté du 28 février 2006, de déterminer, à la fin du séjour dans l'unité médicale, un diagnostic principal en connaissance de l'ensemble des informations médicales concernant l'intéressé malade ou le nourrisson.

Dans ces conditions l'établissement a manqué à ses obligations et ne peut maintenant contester les appréciations divergentes des médecins contrôleurs pour qui une lenteur du nourrisson n'était pas significative, car, par principe, elle s'appliquait au plus grand nombre en raison de leur anatomie.

En conséquence les demandes en remboursement de la Caisse sont parfaitement justifiées.

Enfin en ce qui concerne les césariennes il est invoqué une version des textes applicable à partir du 1^{er} mars 2011, date bien postérieure à l'année de contrôle, en sorte que cette argumentation n'est pas fondée.

Sur les autres demandes

Les autres champs de contrôle ne sont plus discutés, en cause d'appel, par la Polyclinique en sorte que le jugement doit être confirmé.

Les majorations de retard ne peuvent être poursuivies que par un organisme de recouvrement, ce que n'est pas la Caisse Primaire d'Assurance Maladie :

Cass. soc. 14 décembre 2000, [...].

Cass. soc. 14 décembre 2000, [...].

En conséquence il ne peut être alloué des majorations automatiques de retard de 10 %.

En revanche la Caisse peut solliciter le paiement des intérêts au taux légal à compter de la date de notification de la mise en demeure émise le 4 janvier 2011, laquelle vaut sommation de payer.

Il n'y a pas lieu d'appliquer les dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile ni celles de l'article R 144-10 du Code de la sécurité sociale.

PAR CES MOTIFS

LA COUR

Réforme le jugement déferé

Statuant à nouveau,

Dit applicable au litige le guide en annexe III de l'arrêté du 31 décembre 2003, modifié par arrêté du 25 février 2006, a été publié au BO spécial fascicule 2006/2 bis du 1^{er} mars 2006 intégrant la révision 10 de la Convention Internationale des Maladies.

Rejette la contestation de la Polyclinique quant aux 32 facturations utilisant le code D62, anémies post hémorragiques aiguës,

Accueille la contestation relative à la facture n° 081220400 pièce 11-6 et annule l'indu de ce chef.

Rejette la demande de majorations de retard,

Fixe le point de départ des intérêts au taux légal à compter de la date de la notification de la mise en demeure émise le 4 janvier 2011,

Confirme le jugement pour le surplus

Dispense les parties du paiement du droit prévu par l'article R.144-10 du Code de la sécurité sociale. LE GREFFIER LE PRESIDENT