

Cour de cassation, 10 mai 2012, n°11-13969 et n°10-28767 (Contrôle de l'assurance maladie - frais de séjour - prestations indûment versées - condamnation)

10/05/2012

A la suite d'un contrôle des conditions d'hospitalisation de patients portant sur deux années civiles (1997 et 1998), une caisse primaire d'assurance maladie réclamait à une clinique et 4 médecins actionnaires au sein de cet établissement d'hospitalisation privée le remboursement des frais de séjour de 230 patients, soit un montant de 730 000 euros.

Dans un premier temps, la caisse avait porté plainte pour escroquerie mais la procédure n'avait pas aboutie (un non-lieu avait été rendu en 2006). Le Tribunal des affaires de sécurité sociale d'Avignon avait condamné en 2009 les médecins à rembourser cette somme (mais pas la clinique).

Le 11 janvier 2011, la Cour d'appel de Nîmes a infirmé ce jugement et condamné la clinique ainsi que les 4 médecins concernés à rembourser cette somme.

La Cour de cassation suit les juges d'appel qui avaient conclu que la caisse primaire d'assurance maladie était fondée à obtenir *"la répétition de la totalité des frais de séjour non médicalement justifiés"* en relevant que *"les médecins, actionnaires de la clinique, avaient des patients hospitalisés au sein de celle-ci en nombre trois à quatre fois plus important que ceux des autres psychiatres tant au niveau national que départemental ; que, lors des admissions, la durée de prise en charge hospitalière prévue n'était pas variable mais toujours constante et fixée à quatorze journées ; que les dossiers médicaux des patients hospitalisés ne permettaient ni l'identification des médecins ni la justification médicale de l'ensemble du séjour ni de son évolution et de son aboutissement à travers une réflexion médicalisée sur la décision de sortie et ne comportaient pas de documents médicaux relatifs aux prestations facturées"*.

Cour de cassation

chambre civile 2

Audience publique du jeudi 10 mai 2012

N° de pourvoi: 10-28767 Rejet

Non publié au bulletin

M. Loriferne (président), président

Me Foussard, SCP Waquet, Farge et Hazan, avocat(s)

REPUBLIQUE FRANCAISE
AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

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

Sur le moyen unique pris en ses première, deuxième, troisième et cinquième branches :

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Nîmes, 2 novembre 2010) qu'après un contrôle des conditions d'hospitalisation des patients portant sur les années 1997 et 1998, la caisse primaire d'assurance maladie du Vaucluse (la caisse) a réclamé à MM. X..., Y..., Z... et A..., médecins psychiatres exerçant à la clinique Saint-Didier (les médecins), le remboursement de soins dispensés à deux cent-trente patients ; que les médecins ont contesté cette demande devant une juridiction de sécurité sociale ;

Attendu que les médecins font grief à l'arrêt de les débouter de leur recours, alors, selon le moyen :

1°/ qu'une action en répétition de l'indu ne peut être exercée par une caisse d'assurance maladie à l'encontre d'un professionnel de santé que dans les hypothèses, visées par l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale, d'inobservation de la nomenclature des actes professionnels ou de facturation d'actes non effectués ; que la méconnaissance des dispositions du décret du 30 mars 1992 sur la tenue du dossier médical des patients hospitalisés ne caractérise pas un indu susceptible de faire l'objet d'un recouvrement ; qu'en condamnant les médecins au remboursement de soins dispensés à deux cent trente patients à raison de carences dans la tenue des dossiers médicaux de ces patients, la cour d'appel a violé l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale et les articles 1235 et 1376 du code civil ;

2°/ que la répétition de l'indu suppose la démonstration d'un paiement indu c'est à dire qui a été fait sans cause ; qu'à elle seule, l'existence de lacunes dans les dossiers médicaux de patients n'établit pas le caractère indu de la prise en charge,

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-10-mai-2012-n11-13969-et-n10-28767-contrôle-de-l'assurance-maladie-frais-de-sejour-prestations-indument-versees-condamnation-2/>

lequel suppose l'application par le médecin d'un surplus de cotation ou la cotation d'un acte non effectué ; qu'en faisant droit à l'action de la caisse primaire maladie en remboursement de soins médicaux dispensés à deux cent trente patients, sur le seul fondement de carences dans les dossiers médicaux de ces patients, sans constater l'application par les médecins d'un surplus de cotation ou la cotation d'actes non effectués, la cour d'appel a violé l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale et les articles 1235 et 1376 du code civil ;

3°/ que l'action en récupération d'indu fondée sur l'analyse médicale de l'activité du professionnel de santé doit être rejetée en cas de non respect de la procédure de contrôle médical ; qu'en vertu de l'article R.166-2 du code de la sécurité sociale, la décision de la caisse de refuser ou de supprimer la prise en charge au motif qu'elle ne serait pas médicalement justifiée ne peut être prise qu'après examen médical du patient ; qu'en l'espèce, ayant constaté que le médecin conseil n'avait pas procédé à l'examen médical des patients, la cour d'appel, qui retient néanmoins que la procédure de contrôle était régulière, a violé l'article R.166-2 du code de la sécurité sociale ;

4°/ que l'article R.1112-2 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du décret n° 92-329 du 30 mars 1992, applicable au litige, énonce que le dossier médical comporte les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient ; qu'il n'en résulte pas l'obligation pour le médecin d'établir un compte rendu médical détaillé de chaque examen, qui serait impossible à mettre en œuvre ; qu'en l'espèce, l'arrêt constate que les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs figuraient aux dossiers médicaux ; qu'en reprochant aux médecins une absence de « médicalisation » de ces conclusions, la cour d'appel a violé l'article susvisé en lui ajoutant une condition qu'il ne comporte pas ;

Mais attendu que l'arrêt relève que, procédant en deux temps, les médecins-conseils ont été amenés à contrôler les dossiers médicaux des patients sur un premier échantillon de 28 patients hospitalisés dans la période du 1er juillet 1997 au 30 juin 1998, puis de 200 patients hospitalisés dont 123 en octobre 1997 et 77 en janvier 1998 ; que de ces travaux ont été tirées des observations sur les insuffisances des mentions du dossier médical relatives aux conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs quant au suivi psychiatrique par les médecins attachés à l'établissement ; qu'ont été notamment observées l'absence d'identification des psychiatres et l'absence de médicalisation des observations notées sur les fiches réservées aux psychiatres, le dossier psychiatrique se présentant sous forme de liste de remarques brèves et d'ordre général jour après jour, dont l'ensemble constitue un memento soulignant quelques points particuliers du séjour mais non médicaux, le seul substrat médical étant la consigne thérapeutique, jamais motivée, destinée au personnel infirmier ; qu'il retient, d'abord, que ces carences ont empêché les médecins conseils de visualiser la justification médicale de l'ensemble du séjour leur permettant de comprendre la durée du séjour du patient, la transition entre les deux périodes distinctes de l'hospitalisation prévues à la nomenclature générale des actes professionnels, la coordination entre les psychiatres intervenants ainsi que de connaître la motivation des différents choix thérapeutiques ; ensuite, que les dossiers médicaux comportaient des lacunes telles qu'ils ne permettaient ni d'appréhender la nécessité et la finalité des soins ni de déterminer qui les dispensait effectivement ; enfin, que le dernier alinéa de l'article R. 166-1 du code de la sécurité sociale, s'il offre au médecin-conseil la faculté d'examiner les patients le jour du contrôle ne l'y oblige pas ;

Que de ces constatations et énonciations procédant de son pouvoir souverain d'appréciation de la valeur et de la portée des éléments de preuve qui lui étaient soumis, la cour d'appel a exactement déduit que la caisse était fondée à obtenir, en application des articles 1235 et 1376 du code civil, la répétition de la totalité du coût des soins dont elle avait indûment supporté la charge ;

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

Et attendu qu'en ses autres branches le moyen n'est pas de nature à permettre l'admission du pourvoi ;

PAR CES MOTIFS :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne MM. X..., Y..., Z... et A... aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette les demandes de MM. X..., Y..., Z... et A... ; les condamne à payer ensemble à la caisse primaire d'assurance maladie du Vaucluse la somme de 2 500 euros ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique
<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-10-mai-2012-n11-13969-et-n10-28767-contrôle-de-l'assurance-maladie-frais-de-sejour-prestations-indument-versees-condamnation-2/>

du dix mai deux mille douze.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Waquet, Farge et Hazan, avocat aux conseils pour MM. X..., Y..., Z... et A...

IL EST FAIT GRIEF à l'arrêt attaqué d'avoir confirmé le jugement déferé en ce qu'il a dit la décision de la commission de recours amiable de la caisse primaire d'assurance maladie du Vaucluse en date du 20 juillet 1999 bien fondée et en ce qu'il a condamné solidairement les docteurs A..., Y..., Z..., et X... à payer à la caisse la somme de 139.966 € avec intérêts au taux légal à compter du jugement ;

AUX MOTIFS QU'aux termes de l'alinéa 1 de l'article R. 166-2 du Code de la sécurité sociale, lorsque le patricien conseil estime, après avoir recueilli l'avis du médecin responsable des soins, que la prise en charge par l'assurance maladie des frais exposés par un assuré n'est pas médicalement justifiée au jour de l'examen médical, l'organisme dont relève l'assuré refuse la prise en charge ou, le cas échéant, y met fin ; qu'il ressort des pièces du dossier que les docteurs A..., Y..., Z... et X... ont été convoqués le 16 juillet 1998 pour s'expliquer sur l'organisation de leur exercice libéral dans l'établissement, que les docteurs Z... et X... ont répondu à cette convocation ; que suite au contrôle chaque médecin a été convié à un entretien individuel les 2 et 3 décembre 2008, le docteur X... assistant d'ailleurs chacun de ses confrères en sa qualité de président de la commission médicale d'établissement ; quant à l'examen des patients le jour du contrôle, le dernier alinéa de l'article R.166-1 offre au médecin conseil une simple faculté et ce n'est que s'il y procède que le patricien peut demander à y assister ; qu'il ne résulte pas d'une quelconque pièce que le médecin conseil ait procédé à l'examen d'un patient puisque au contraire, le contrôle a été un contrôle sur pièces et tout particulièrement sur les dossiers médicaux des patients ; que selon les articles 1235 et 1376 du Code civil, ce qui a été payé sans être dû est sujet à répétition et celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû s'oblige à le restituer à celui qui l'a indûment perçu ; que selon l'article R.710-2-1 du Code de la santé publique, dans sa rédaction telle qu'issue du décret 92-329 du 30 mars 1992, aujourd'hui codifié à l'article R.1112-2 du même code, le dossier médical constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé doit contenir diverses mentions et notamment les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient ; que procédant en deux temps, les médecins conseils ont été amenés à contrôler les dossiers médicaux des patients sur un premier échantillon de 28 patients hospitalisés dans la période du 1er juillet 1997 au 30 juin 1998, puis de 200 patients hospitalisés dont 123 en octobre 1997 et 77 en janvier 1998 ; que de ces travaux il a été tiré des observations relatives aux insuffisances des mentions du dossier médical relatives aux conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs quant au suivi psychiatrique par les médecins attachés à l'établissement : - absence d'identification des psychiatres - absence de médicalisation des observations notées sur les fiches réservées aux psychiatres, le dossier psychiatrique se présentant sous forme de liste de remarques brèves et d'ordre général jour après jour, dont l'ensemble constitue un mémento soulignant quelques points particuliers du séjour mais non médicaux, le seul substrat médical étant la consigne thérapeutique, jamais motivée, destinée au personnel infirmier ; que ces carences ont empêché les médecins conseils de : - visualiser la justification médicale de l'ensemble du séjour leur permettant de comprendre la durée du séjour du patient ; - de visualiser la transition entre les deux périodes distinctes de l'hospitalisation prévues à la NGAP ; - de visualiser la coordination entre les psychiatres intervenants ; - de connaître la motivation des différents choix thérapeutiques ; qu'il convient de constater que les médecins n'ont pas apporté la preuve contraire de ces constatations ; que tant l'audit réalisé par une société prestataire sur un échantillon de dossiers que le résultat du contrôle opéré par la Cram lors de la visite de classement en 1995, soit trois ans auparavant et n'augurant en rien de la tenue future des dossiers, sont dénués de force probante contraire du constat opéré sur les dossiers médicaux ; que l'insuffisance du dossier médical par rapport aux exigences de l'article R.710-2-1 du Code de la santé publique ayant rendu tout contrôle impossible, la justification des hospitalisations et des facturations n'est pas apportée et l'indu établi ;

1°. ALORS QU'une action en répétition de l'indu ne peut être exercée par une caisse d'assurance maladie à l'encontre d'un professionnel de santé que dans les hypothèses, visées par l'article L.133-4 du Code de la sécurité sociale, d'inobservation de la nomenclature des actes professionnels ou de facturation d'actes non effectués ; que la méconnaissance des dispositions du décret du 30 mars 1992 sur la tenue du dossier médical des patients hospitalisés ne caractérise par un indu susceptible de faire l'objet d'un recouvrement ; qu'en condamnant les docteurs A..., Y..., Z... et X... au remboursement de soins dispensés à deux cent trente patients à raison de carences dans la tenue des dossiers médicaux de ces patients, la Cour d'appel a violé l'article L.133-4 du Code de la sécurité sociale et les articles 1235 et 1376 du Code civil ;

2°. ALORS QUE la répétition de l'indu suppose la démonstration d'un paiement indu c'est à dire qui a été fait sans cause ; qu'à elle seule, l'existence de lacunes dans les dossiers médicaux de patients n'établit pas le caractère indu de la prise en charge, lequel suppose l'application par le médecin d'un surplus de cotation ou la cotation d'un acte non effectué ; qu'en faisant droit à l'action de la caisse primaire maladie en remboursement de soins médicaux dispensés à deux cent trente patients, sur le seul fondement de carences dans les dossiers médicaux de ces patients, sans constater l'application par les médecins d'un surplus de cotation ou la cotation d'actes non effectués, la Cour d'appel a violé l'article L.133-4 du Code de la sécurité sociale et les articles 1235 et 1376 du Code civil ;

3°. ALORS QUE l'action en récupération d'indu fondée sur l'analyse médicale de l'activité du professionnel de santé doit être rejetée en cas de non respect de la procédure de contrôle médical ; qu'en vertu de l'article R.166-2 du Code de la sécurité sociale, la décision de la caisse de refuser ou de supprimer la prise en charge au motif qu'elle ne serait pas médicalement justifiée ne peut être prise qu'après examen médical du patient ; qu'en l'espèce, ayant constaté que le médecin conseil n'avait pas procédé à l'examen médical des patients, la Cour d'appel, qui retient néanmoins que la procédure de contrôle était régulière, a violé l'article R.166-2 du Code de la sécurité sociale ;

4°. ALORS QUE de surcroît, le praticien conseil doit recueillir l'avis du médecin responsable des soins ; qu'en se bornant à relever que les exposants avaient été convoqués pour s'expliquer sur l'organisation de leur exercice libéral dans l'établissement, et que suite au contrôle chaque médecin avait été convoqué à un entretien individuel, la Cour d'appel, qui n'a pas vérifié, comme elle y était invitée, si la caisse avait bien recueilli l'avis des exposants sur chacun des deux centre trente patients faisant l'objet du contrôle médical, a privé sa décision de base légale au regard de l'article R. 166-2 du Code de la sécurité sociale ;

5°. ALORS QU'en toute hypothèse, l'article R.1112-2 du Code de la santé publique dans sa rédaction issue du décret n°92-329 du 30 mars 1992, applicable au litige, énonce que le dossier médical comporte les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient ; qu'il n'en résulte pas l'obligation pour le médecin d'établir un compte rendu médical détaillé de chaque examen, qui serait impossible à mettre en oeuvre ; qu'en l'espèce, l'arrêt constate que les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs figuraient aux dossiers médicaux ; qu'en reprochant aux médecins une absence de « médicalisation » de ces conclusions, la Cour d'appel a violé l'article susvisé en lui ajoutant une condition qu'il ne comporte pas ;

6°. ALORS QUE les exposants faisaient encore valoir que l'hospitalisation de patients au sein d'un service de psychiatrie fait systématiquement l'objet d'une demande d'entente préalable et que la CPAM du Vaucluse ayant accepté de prendre en charge les actes litigieux dans le cadre de cette procédure, elle ne pouvait revenir postérieurement sur son accord en réclamant le remboursement des prestations versées (conclusions d'appel, p.4 et 5) ; qu'en énonçant par voie de simple affirmation que la demande d'entente préalable n'est formulée que lorsque le traitement se poursuit au delà de 14 jours, sans préciser la règle sur laquelle elle se fondait, la Cour d'appel a privé sa décision de motifs en violation de l'article 455 du Code de procédure civile.