

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: 11-13969 Rejet

Non publié au bulletin

M. Loriferne (président), président

Me Foussard, SCP Piwnica et Molinié, 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 deuxième, quatrième, cinquième et sixième branches :

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Nîmes, 11 janvier 2011) 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 la société clinique Saint-Didier (la clinique), établissement privé d'hospitalisation psychiatrique, le remboursement des frais de séjour de 230 patients ; que la clinique a contesté cette demande devant une juridiction de sécurité sociale ;

Attendu que la clinique fait grief à l'arrêt de la débouter de son recours alors, selon le moyen :

1°/ que les dispositions spéciales de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale organisent l'action en recouvrement des prestations indûment versées auprès d'un professionnel de santé ; que l'action en répétition de l'indu exercée par une caisse primaire d'assurance maladie à l'encontre d'une clinique au titre de frais de séjours hospitaliers ne peut se fonder que sur la disposition précitée ; qu'en refusant la mise en oeuvre de cette disposition après avoir énoncé que l'action exercée par la caisse n'était pas une action en recouvrement, la cour d'appel a violé l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ;

2°/ que l'action en répétition de l'indu suppose la démonstration d'un paiement fait sans cause ; que le caractère incomplet ou imprécis du dossier médical relevant de l'article R. 710-2-1 devenu l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, n'implique pas que les frais de séjours litigieux auraient été privés de cause ; qu'en se fondant sur de tels motifs inopérants pour justifier sa décision, la cour d'appel a violé les articles 1235 et 1376 du code civil, ensemble les articles L.

133-4 du code de la sécurité sociale et R. 1112-2 du code de la santé publique dans ses numérotation et rédaction applicables à la date des faits litigieux ;

3°/ que l'article R. 166-2 du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour les organismes d'assurance maladie de refuser la prise en charge des frais afférents aux prestations délivrées à un patient accueilli au sein d'un établissement de santé ; que cette disposition, dans sa rédaction alors applicable, s'inscrivait dans les dispositions du contrôle médical telles que prévues à l'article R. 166-1 du même code, soit les contrôles prévus aux articles alors numérotés L. 162-29 ; L. 162-30 et R. 162-23 du code de la sécurité sociale ; que la clinique avait observé dans ses conclusions d'appel que les contrôles effectués dans ce cadre ne pouvaient être que ceux prévus à l'article L. 162-30 du code de la sécurité sociale, soit au titre d'une prolongation de séjour des patients présents au jour dudit contrôle ; qu'en condamnant la clinique à procéder à un remboursement d'indu au titre de frais de séjours dont le caractère de prolongation n'était pas constaté, la cour d'appel a violé les articles R. 166-2 du code de la sécurité sociale, ensemble les articles 1235 et 1376 du code civil ;

4°/ que l'action en répétition de l'indu, qui suppose un paiement sans cause, doit être rejetée en cas de non respect de la procédure de contrôle de séjours hospitaliers dont les frais ont été pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie ; que l'article R. 166-2 du code de la sécurité sociale impose que soit recueilli l'avis préalable du médecin conseil, lequel ne peut concerner que les patients présents au jour de l'examen médical ; que la clinique avait fait valoir que les entretiens avec les médecins psychiatres s'étaient déroulés pour partie après des contrôles effectués au sein de la clinique en sorte que leur caractère contradictoire n'était pas garanti, observant que ces entretiens avaient eu lieu au sein des locaux de la caisse, hors la présence des patients et hors détention des dossiers médicaux conservés au sein de la clinique ; qu'en ne vérifiant pas la régularité de la procédure de contrôle, laquelle avait une incidence directe sur le bien fondé de la demande de la caisse, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles R. 166-2 du code de la sécurité sociale, ensemble les articles 1235 et 1376 du code civil ;

Mais attendu que l'arrêt relève 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 ; qu'il retient, d'une part, que l'article R. 710-2-1 du code de la santé publique, alors en vigueur, définissant la consistance du dossier médical s'imposait à tous les établissements de santé publics et privés, d'autre part, que l'action de la caisse n'est pas fondée sur les dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale mais sur celles des articles 1235 et 1376 du code civil ;

Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel a exactement déduit que la caisse, qui n'était pas tenue de respecter la procédure applicable en cas d'erreurs de facturation ou de tarification ni celle applicable en cas de prolongation de séjour des personnes hospitalisées, était fondée à obtenir la répétition de la totalité des frais de séjour non médicalement justifiés ;

D'où il suit que le moyen ne peut être accueilli ;

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 la société clinique Saint-Didier aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande de la société clinique Saint-Didier ; la condamne à payer 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 du dix mai deux mille douze.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Piwnica et Molinié, avocat aux Conseils pour la société clinique Saint-Didier

Il est fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir condamné la clinique Saint-Didier à payer à la Cnam du Vaucluse la somme de 582.825 euros au titre de la répétition de l'indu correspondant à l'ensemble des frais de séjour des 230 patients hospitalisés, avec intérêts au taux légal depuis la notification de l'indu adressée par la Cnam par lettre recommandée avec avis de réception en date du 6 avril 1999 et d'avoir fait droit à la demande de capitalisation des intérêts dans les conditions de l'article 1154 du code civil ;

AUX MOTIFS QUE la Cnam du Vaucluse, à la suite d'un contrôle effectué par le service médical sur les conditions d'hospitalisation, écrivait le 6 avril 1999 au directeur de la clinique la lettre suivante : « ... l'absence de données médicalisées pertinentes dans le dossier médical du malade a rendu impossible le contrôle prévu par l'article R.166-2 du code de la sécurité sociale et par voie de conséquence la justification du séjour de ces patients ... » ; ... que la clinique demande la confirmation du jugement déféré et la somme de 7.500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile, la cour d'appel ; ... qu'il résulte des pièces produites, dont celles relatives à la procédure pénale, que : - il n'est pas discuté que si, au niveau national et départemental, le pourcentage de clientèle hospitalisée à l'initiative d'un médecin psychiatre est de l'ordre de 12,36% à 12,63%, il atteignait au sein de la clinique Saint-Didier des chiffres bien supérieurs, ainsi pour le docteur X... il était de 44,69% pour le docteur Y... de 49,56% pour le docteur Z... de 46,74% et pour le docteur A... de 35,95%, - que ces médecins, en outre actionnaires de la clinique Saint-Didier, avaient donc des patients hospitalisés au sein de celle-ci en nombre trois à quatre fois plus important que ceux des autres psychiatres, - que selon un contrôle de la caisse effectué sur 28 patients du mois de juillet 1997 au mois de juin 1998, il était établi un séjour moyen de 73,4 jours excédant de deux mois la durée moyenne de séjour avec des extrêmes de 22 à 202 jours au point qu'il a été noté par les médecins conseils l'impossibilité de mettre en évidence une justification médicale nécessitant un tel séjour permettant de comprendre les motifs ayant déterminé le choix soit d'un mois, soit de six mois ; que de plus ces médecins psychiatres ont présenté une facturation d'actes 365 jours par an, soit sur la totalité de l'année, dimanches, congés payés et jours fériés compris ; que le système mis en place consistait à faire travailler les quatre praticiens en deux binômes, chaque binôme prenant en charge deux secteurs géographiques distincts, délimités par la société ; qu'ensuite il était fait une masse commune des honoraires entre les quatre psychiatres, les patients étant vus par le même médecin un jour sur deux, mais les honoraires étaient établis au nom du praticien auquel a été attribué le malade à son arrivée ; qu'ainsi les médecins signaient des prestations d'actes qu'ils n'avaient pas réalisés personnellement ; que de plus lors des admissions, la durée de prise en charge hospitalière prévue n'était pas variable mais toujours constante et fixée à quatorze journées ; qu'enfin, il est démontré une absence de tenue du dossier médical des patients hospitalisés ; qu'aucun psychiatre n'est bien identifié dans ceux-ci et les médecins conseils de la caisse n'ont trouvé aucun élément permettant de mettre en évidence : un diagnostic réfléchi et thérapeutique, une justification médicale de l'ensemble du séjour, la coordination entre les psychiatres et les raisons des différents choix thérapeutiques, l'évolution du séjour et l'aboutissement de celui-ci à travers une réflexion médicalisée sur la décision de sortie, une absence de documents médicaux relatifs aux prestations facturées en sorte que le service médical était dans l'impossibilité de donner un avis à la caisse primaire ; qu'enfin il doit être ajouté que l'article R.1112-2 du code de la santé publique (article R.710-2-1 ancien issu du décret n°92-329 du 30 mars 1992) relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés, disposait à l'époque que :

« Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les documents suivants :

I. - Les documents établis au moment de l'admission et durant le séjour, à savoir :

a) La fiche d'identification du malade ;

b) Le document médical indiquant le ou les motifs de l'hospitalisation ;

c) Les conclusions de l'examen clinique initial et des examens cliniques successifs pratiqués par tout médecin appelé au chevet du patient ;

d) Les comptes rendus des explorations para-cliniques et des examens complémentaires significatifs, notamment le résultat des examens d'anatomie et de cytologie pathologiques ;

e) La fiche de consultation préanesthésique, avec ses conclusions et les résultats des examens demandés, et la feuille de surveillance anesthésique ;

f) Le ou les comptes rendus opératoires ou d'accouchement ;

g) Les prescriptions d'ordre thérapeutique ;

h) Lorsqu'il existe, le dossier de soins infirmiers ;

II. - Les documents établis à la fin de chaque séjour hospitalier, à savoir :

a) Le compte rendu d'hospitalisation, avec notamment le diagnostic de sortie ;

b) Les prescriptions établies à la sortie du patient ;

c) Le cas échéant, la fiche de synthèse contenue dans le dossier de soins infirmiers ; que dans ces conditions, ce texte s'appliquant à tous les établissements de santé, quels qu'ils soient, l'argumentation de la société n'est pas fondée à ce titre ; que les faits ci-dessus retracés caractérisent le bien fondé d'un remboursement d'un trop-perçu à la charge de la clinique, en application des articles 1235 et 1376 du code civil et ceci à supposer même que la Cram ait pu commettre des erreurs ; qu'à cet égard, il doit être cité la conclusion des experts désignés dans le cadre de l'information pénale : «Le chiffrage que nous avons proposé est un chiffrage indicatif, un ordre de grandeur pour situer l'ampleur des actes commis qui se dissimulent derrière l'apparence d'une clinique psychiatrique comme les autres. En réalité, le système mis en place donne plus l'impression d'un pillage organisé des caisses de la sécurité sociale qu'une succession d'erreurs liées à la non-connaissance de la réglementation ou à des simplifications administratives ... » ; qu'en outre ne sont exigées ni une motivation particulière dans l'acte réclamant le paiement de la dette et ne s'agissant pas d'une action en recouvrement, les dispositions invoquées de l'article L.133-4 du code de sécurité sociale ne sont pas applicables ; qu'enfin si la Cram a effectué un contrôle en 1995 aucun élément ne vient corroborer que ce contrôle concerne bien les mêmes patients et la même période que ceux actuellement en cause ; qu'ainsi il convient d'infirmer le jugement en ce qu'il a rejeté la demande en paiement et de condamner la clinique aux sommes réclamées, avec intérêts au taux légal et capitalisation ;

1/ ALORS QUE le jugement doit exposer succinctement les prétentions des parties ; qu'en se bornant à énoncer que la clinique demandait la confirmation du jugement déféré et la somme de 7.500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile, la cour d'appel, qui n'a exposé ni les moyens ni les prétentions de la clinique Saint-Didier, a méconnu les exigences de l'article 455 du code de procédure civile ;

2/ ALORS QUE les dispositions spéciales de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale organisent l'action en recouvrement des prestations indûment versées auprès d'un professionnel de santé ; que l'action en répétition de l'indu exercée par une caisse primaire d'assurance maladie à l'encontre d'une clinique au titre de frais de séjours hospitaliers ne peut se fonder que sur la disposition précitée ; qu'en refusant la mise en oeuvre de cette disposition après avoir énoncé que l'action exercée par la caisse primaire d'assurance maladie n'était pas une action en recouvrement, la cour d'appel a violé l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale ;

3/ ALORS QUE la clinique Saint-Didier avait fait valoir que concernant le dossier médical mentionné à l'article R.710-2-1 devenu l'article R.1112-2 du code de la santé publique, elle n'était tenue que d'une obligation de conservation et d'archivage dudit dossier, observant qu'elle ne pouvait se voir opposer aucune obligation sur le contenu de l'information médicale, l'établissement n'ayant pas la qualité de médecin et n'étant pas compétent en matière d'information médicale (conclusions d'appel, page 9 et 10) ; qu'en ne s'expliquant pas sur ce moyen, la cour d'appel a méconnu les exigences de l'article 455 du code de procédure civile ;

4/ ALORS QUE subsidiairement, l'action en répétition de l'indu suppose la démonstration d'un paiement fait sans cause ; que le caractère incomplet ou imprécis du dossier médical relevant de l'article R.710-2-1 devenu l'article R.1112-2 du code de la santé publique, n'implique pas que les frais de séjours litigieux auraient été privés de cause ; qu'en se fondant sur de tels motifs inopérants pour justifier sa décision, la cour d'appel a violé les articles 1235 et 1376 du code civil, ensemble les articles L.133-4 du code de la sécurité sociale et R.1112-2 du code de la santé publique dans ses numérotation et rédaction applicables à la date des faits litigieux ;

5/ ALORS QUE l'article R.166-2 du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour les organismes d'assurance maladie de refuser la prise en charge des frais afférents aux prestations délivrées à un patient accueilli au sein d'un établissement de santé ; que cette disposition, dans sa rédaction alors applicable, s'inscrivait dans les dispositions du contrôle médical telles que prévues à l'article R.166-1 du même code, soit les contrôles prévus aux articles alors numérotés L.162-29 ; L.162-30 et R.162-23 du code de la sécurité sociale ; que la clinique Saint-Didier avait observé dans ses conclusions d'appel que les contrôles effectués dans ce cadre ne pouvaient être que ceux prévus à l'article L.162-30 du code de la sécurité sociale, soit au titre d'une prolongation de séjour des patients présents au jour dudit contrôle ; qu'en condamnant la clinique Saint-Didier à procéder à un remboursement d'indu au titre de frais de séjours dont le caractère de <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/cour-de-cassation-10-mai-2012-n11-13969-et-n10-28767-contrôle-de-lassurance-maladie-frais-de-sejour-prestations-indument-versees-condamnation/>

prolongation n'était pas constaté, la cour d'appel a violé les articles R.166-2 du code de la sécurité sociale, ensemble les articles 1235 et 1376 du code civil ;

6/ ALORS QUE l'action en répétition de l'indu, qui suppose un paiement sans cause, doit être rejetée en cas de non respect de la procédure de contrôle de séjours hospitaliers dont les frais ont été pris en charge par la caisse primaire d'assurance maladie ; que l'article R.166-2 du code de la sécurité sociale impose que soit recueilli l'avis préalable du médecin conseil, lequel ne peut concerner que les patients présents au jour de l'examen médical ; que la clinique Saint-Didier avait fait valoir que les entretiens avec les médecins psychiatres s'étaient déroulés pour partie après des contrôles effectués au sein de la clinique en sorte que leur caractère contradictoire n'était pas garanti, observant que ces entretiens avaient eu lieu au sein des locaux de la Cpm du Vaucluse, hors la présence des patients et hors détention des dossiers médicaux conservés au sein de la clinique ; qu'en ne vérifiant pas la régularité de la procédure de contrôle, laquelle avait une incidence directe sur le bien fondé de la demande de la Cpm, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard des articles R.166-2 du code de la sécurité sociale, ensemble les articles 1235 et 1376 du code civil ;

7/ ALORS QUE pour établir le bien fondé d'une demande en répétition d'indu au titre de frais de séjours hospitaliers, la caisse primaire d'assurance maladie doit rapporter la preuve du caractère injustifié de chacun des séjours concernés ; qu'en condamnant la clinique Saint-Didier à effectuer un remboursement concernant 230 patients après avoir constaté qu'un contrôle avait été réalisé auprès de 28 d'entre eux seulement la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et a violé les articles et violé les articles 1315, 1235 et 1376 du code civil ;

8/ ALORS QUE faisant droit à la demande en remboursement d'un trop-perçu à la charge de la clinique, en application des articles 1235 et 1376 du code civil, tout en retenant que la Cpm avait pu commettre des erreurs, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations et a violé les textes susvisés ;

9/ ALORS QUE la clinique Saint-Didier avait fait valoir dans ses conclusions d'appel que les enquêtes menées au soutien de la plainte pénale n'avaient permis l'audition que d'une trentaine de patients dont les dossiers médicaux n'avaient jamais été entre les mains des officiers de police judiciaire ou des experts judiciaires, précision faite que parmi les patients auditionnés, seuls 7 se trouvaient être parmi les 230 assurés sociaux ayant fait l'objet d'une demande de répétition de l'indu de la Cpm, ce dont elle déduisait que les pièces de l'instance pénale ne sauraient permettre de justifier les indus réclamés (conclusions d'appel, page 5, paragraphes 6-9); qu'en se fondant sur les conclusions des experts désignés dans le cadre de l'information pénale, sans s'expliquer sur le moyen des conclusions de la clinique Saint-Didier, la cour d'appel n'a pas satisfait aux exigences de l'article 455 du code de procédure civile ;

10/ ALORS QUE la clinique Saint-Didier avait fait valoir dans ses conclusions d'appel que l'hospitalisation des patients au sein du service psychiatrique avait fait l'objet d'une entente préalable, ce dont il résultait que la Cpm ne pouvait considérer postérieurement que les séjours de patients n'étaient pas justifiés (conclusions d'appel page 13) ; qu'en ne répondant pas à ce moyen duquel il résultait que la Cpm ne pouvait plus remettre en cause le caractère justifié d'hospitalisations dont la prise en charge avait fait l'objet d'une entente préalable, la cour d'appel n'a pas satisfait aux exigences de l'article 455 du code de procédure civile.