9 septembre 2020
Cour d'appel de Rennes
RG n° 17/05615

9ème Ch Sécurité Sociale

Texte de la **décision**

Entête

9ème Ch Sécurité Sociale

ARRET N°467

N° RG 17/05615 -

N° Portalis DBVL-V-B7B-OESN

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU NORD FINISTERE

C/

Mme [S] [K] divorcée [B]

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

Copie exécutoire délivrée

le :

à :

Copie certifiée conforme délivrée

le:

à:

REPUBLIQUE FRANCAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANCAIS

COUR D'APPEL DE RENNES

ARRÊT DU 09 SEPTEMBRE 2020

COMPOSITION DE LA COUR LORS DES DEBATS ET DU DÉLIBÉRÉ :

Président : Madame Elisabeth SERRIN, Présidente de chambre

Assesseur : Madame Anne-Emmanuelle PRUAL, Conseillère

Assesseur : Madame Véronique PUJES, Conseillère

GREFFIER :

Monsieur Philippe RENAULT lors des débats et Madame Morgane LIZEE lors du prononcé

DÉBATS :

En chambre du Conseil du 27 Mai 2020

ARRÊT :

Contradictoire, prononcé publiquement le 09 Septembre 2020 par mise à disposition au greffe comme indiqué à l'issue des débats

DÉCISION DÉFÉRÉE A LA COUR:

Date de la décision attaquée : 28 Juin 2017

Décision attaquée : Jugement

Juridiction : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de BREST

****

APPELANTE :

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU NORD FINISTERE

[Adresse 1]

[Localité 3]

dispensée de comparution

INTIMÉE :

Madame [S] [K] divorcée [B]

[Adresse 2]

[Localité 4]

représentée par Me Catherine Marie KLINGLER, avocat au barreau de PARIS

Exposé du litige

EXPOSE DU LITIGE

Mme [K], infirmière libérale à [Localité 5], a fait l'objet d'un examen de ses facturations pour la période du 1er mars 2010 au 28 février 2013 au terme duquel la caisse primaire d'assurance maladie du Finistère (la caisse) a relevé un certain nombre d'anomalies qui l'ont conduite à procéder à une enquête administrative de terrain auprès de patients et de médecins prescripteurs et à l'audition de l'intéressée.

Par lettre recommandée avec accusé de réception du 23 juillet 2013, la caisse a notifié à Mme [K] un indu d'un montant de 46 446,89 euros, ramené par la suite à 40 429,57 euros.

Saisie par courrier du conseil de Mme [K] daté du 18 septembre 2013, la commission de recours amiable de la caisse a, au cours de sa séance du 18 décembre 2014, constaté le bien fondé de l'indu et invité l'intéressée à se rapprocher de la caisse pour les modalités du paiement de la somme de 40 429,57 euros.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Brest, saisi le 17 décembre 2013 par Mme [K], a, par jugement du 28 juin 2017, fait droit au recours de celle-ci, débouté la caisse de ses demandes et les parties du surplus de leurs prétentions.

Le 11 juillet 2017, la caisse a interjeté appel de ce jugement qui lui avait été notifié le 5 juillet précédent.

Par ses conclusions dites 'additionnelles et récapitulatives n°2" transmises le 27 avril 2020, la caisse, dispensée de comparaître, demande à la cour :

A titre principal :

- d'infirmer le jugement entrepris,

- de dire que son action en répétition d'indu, en ce qu'elle porte non pas sur le contrôle de l'activité de Mme [K] mais seulement sur la conformité de ses facturations et tarifications au regard de la NGAP, est soumise aux règles des articles L 133-4 et R 133-9-1 du code de la sécurité sociale,

- de juger qu'elle n'avait pas l'obligation de mettre en oeuvre les dispositions de l'article D 315-2 du code de la sécurité sociale et que son action en répétition est parfaitement régulière en la forme.

A titre subsidiaire :

- de déclarer irrecevable la demande de nullité de la procédure de contrôle et de la procédure d'indu,

- de rejeter cette demande,

- de juger que son action en répétition est recevable au regard de la prescription quinquennale et qu'elle est donc fondée à réclamer les prestations antérieures au 23 juillet 2010,

-de juger que l'absence de réponse aux demandes d'entente préalable ne vaut pas approbation de la cotation qui s'applique au regard des dispositions de la NGAP,

- de prendre acte qu'elle acquiesce à l'argument concernant M. [L] quant à la facturation du pansement lourd réalisé le 31 mai 2011 et que la somme de 12,60 euros devra être déduite de l'indu,

- de confirmer le bien-fondé de l'indu de 40 416,97 euros,

- de condamner Mme [K] à lui payer cette somme outre les frais de récupération en principal et intérêts,

- de condamner la même au paiement de la somme de 500 euros au titre des frais irrépétibles,

- de débouter Mme [K] de toutes ses demandes.

Par ses conclusions n° 2 déposées à l'audience, Mme [K] demande à la cour de :

- confirmer le jugement entrepris,

- dire nulle ou non probante la procédure de contrôle et la procédure de notification d'indu,

- en conséquence, ou encore subsidiairement, sur la base des arguments subsidiaires de fond, dire mal fondée la notification d'indu du 23 juillet 2013 pour un montant de 46 446, 89 euros ramenée à 40 416, 07 euros et dire que cette somme n'est pas due à la caisse,

- débouter celle-ci de sa demande d'indu,

- subsidiairement, dire que 8 187,57 euros sont prescrits sur les sommes demandées car correspondant à des soins antérieurs au 13 juillet 2010,

-rejeter toutes les demandes de la caisse,

- condamner celle-ci à lui verser la somme de 4 800 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Conformément aux dispositions de l'article 455 du code de procédure civile, la cour renvoie, pour l'exposé des moyens des parties, aux conclusions qu'elles ont déposées.

Motivation

MOTIFS DE LA DECISION

1-Le cadre du contrôle effectué par la caisse

Le premier juge a considéré que la caisse n'avait pas respecté les règles posées par l'article D. 315-2 du code de la sécurité sociale dans le cadre du contrôle opéré à l'égard de Mme [K].

La caisse reproche au tribunal d'avoir ainsi suivi l'argumentation de la requérante opérant une confusion entre, d'une part, les dispositions relatives aux analyses médicales d'activité d'un professionnel de santé dont la compétence relève du service du contrôle médical en application de l'article L. 315-1 IV et d'autre part, les études administratives menées par la caisse portant sur les tarifications et facturations d'actes et de soins sur la base des articles L.133-4 et R 133-9-1du même code.

Sur ce :

La notification d'indu adressée le 23 juillet 2013 à Mme [K] vise les articles L.133-4 et R. 133-9-1 du code de la sécurité sociale, lesquels traitent du contrôle de la tarification et de la facturation des professionnels de santé.

La caisse a ainsi opéré un contrôle administratif a posteriori de la facturation et de la tarification de Mme [K] et nullement un contrôle de l'activité médicale de l'intéressée ; les dispositions propres à l'analyse sur le plan médical de l'activité par le service national du contrôle médical ne sont donc pas applicables.

2- L'application dans le temps des textes en litige et les conséquences qui en découlent

Mme [K] reproche en substance à la caisse de ne pas avoir respecté la procédure applicable aux indus telle qu'elle ressort des articles L. 133-4 et R. 133-9-2 dans leur rédaction antérieure au décret n° 2012-1032 du 7 septembre 2012, et plus précisément, de ne pas lui avoir adressé de mise en demeure, la privant ainsi d'un niveau de discussion ; elle en conclut que la procédure est nulle.

La caisse fait valoir, au visa de l'article 564 du code de procédure civile, que Mme [K] est irrecevable à soulever la nullité de la procédure dès lors qu'elle ne l'avait pas fait en première instance.

Sur le fond, elle reconnaît avoir appliqué les dispositions du décret du 7 septembre 2012 pour toutes les sommes indues sur 2012 dès lors qu'elles sont selon elle plus favorables aux professionnels de santé. Elle ajoute que la mise en demeure, qui intervient dans un second temps dans le cadre de la procédure de recouvrement d'indu, en l'absence de paiement par le débiteur, n'est pas prescrite à peine de nullité de ladite procédure et qu'il appartient à la juridiction de se prononcer sur le bien fondé de l'indu peu important l'absence de la mise en demeure comme l'a jugé la cour de cassation au terme de deux décisions des 15 décembre 2016 et 15 février 2018.

Sur ce :

La nullité soulevée par Mme [K], qui demande à la cour de dire 'en conséquence' mal fondée la notification d'indu, constitue non pas une demande mais un moyen ; Mme [K] demande du reste à la cour de confirmer le jugement entrepris et de dire, comme en première instance, la notification d'indu mal fondée ; ce moyen, certes nouveau, est parfaitement recevable comme tel en cause d'appel en application de l'article 563 du code de procédure civile.

L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue de la loi n °2007-1786 du 19 décembre 2007, applicable jusqu'au 23 décembre 2011, dispose :

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

1° 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 ;

2° 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.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des

sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent.'

La loi n°2011-19 6 du 21 décembre 2011 n'a pas apporté à ce texte de modification substantielle.

L'article R. 133-9-1 du même code, dans sa rédaction issue du décret n° 2009-988 du 20 août 2009 dispose :

'I. - 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.

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. Elle mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle informe ce dernier qu'à défaut de paiement dans ce délai, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10 %. Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie.

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 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.

II. - Si le montant de l'indu a été entièrement payé dans le mois suivant l'envoi de la mise en demeure, la majoration de 10 % peut faire l'objet d'une remise par le directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur en cas de bonne foi de celui-ci ou si son montant est inférieur à un des seuils, différents selon qu'il s'agit d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. - Les dispositions des articles R. 133-3, R. 133-5 à R. 133-7 sont applicables à la contrainte instituée par l'article L. 133-4.

IV. - Pour le régime social des indépendants mentionné à l'article L. 611-1, l'indu est recouvrépar le directeur de la caisse de base selon les modalités définies ci-dessus.'

Cet article, dans sa rédaction issue du décret du 7 septembre 2012, énonce :

" I. - 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 tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

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. Elle mentionne l'existence d'un délai de deux mois à partir de sa réception imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours. Dans le même délai, l'intéressé

peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie.

A défaut de paiement à l'expiration du délai de forclusion prévu à l'article R.142-1 ou après notification de la décision de la commission instituée à ce même article, le directeur de l'organisme de sécurité sociale compétent lui adresse la mise en demeure prévue à l'article L. 133-4 par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

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 ainsi que l'existence du nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle mentionne, en outre, l'existence et le montant de la majoration de 10 % appliquée en l'absence de paiement dans ce délai, ainsi que les voies et délais de recours. (')".

L'article R. 133-9-2, dans sa rédaction issue du décret n°2009-988 du 20 août 2009 dispose :

'L'action en recouvrement de prestations indues s'ouvre par l'envoi au débiteur par le directeur de l'organisme compétent d'une notification de payer le montant réclamé. Cette lettre précise le motif, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements donnant lieu à répétition. Elle mentionne l'existence d'un délai imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle indique les voies et délais de recours ainsi que les conditions dans lesquelles le débiteur peut, dans le délai mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 142-1, présenter ses observations écrites ou orales.

A l'expiration du délai de forclusion prévu à l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission instituée à ce même article, le directeur de l'organisme créancier compétent, en cas de refus du débiteur de payer, lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception une mise en demeure qui comporte le motif, 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.'

Dans sa rédaction issue du décret du 7 septembre 2012, cet article énonce :

'L'action en recouvrement de prestations indues s'ouvre par l'envoi au débiteur par le directeur de l'organisme compétent d'une notification de payer le montant réclamé par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Cette lettre précise le motif, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements donnant lieu à répétition. Elle mentionne l'existence d'un délai de deux mois imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées et les modalités selon lesquelles les indus de prestations pourront être récupérés, le cas échéant, par retenues sur les prestations à venir. Elle indique les voies et délais de recours ainsi que les conditions dans lesquelles le débiteur peut, dans le délai mentionné au deuxième alinéa de l'article R. 142-1, présenter ses observations écrites ou orales.

A l'expiration du délai de forclusion prévu à l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission instituée à ce même article, le directeur de l'organisme créancier compétent, en cas de refus du débiteur de payer, lui adresse par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception une mise en demeure de payer dans le délai d'un mois qui comporte le motif, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, les voies et délais de recours et le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées'.

Selon l'article 8 de ce même décret, "les dispositions du présent décret s'appliquent aux indus correspondant à des périodes postérieures à sa date de publication' (JO du 9 septembre 2012).

Il ressort des pièces produites aux débats que l'indu contesté par Mme [K] se rapporte à la période s'étendant de mars 2010 à février 2012 (l'intéressée a cessé son activité en mars 2012), par conséquent antérieure à l'entrée en vigueur du décret du 7 septembre 2012.

Il s'ensuit que la notification du 23 juillet 2013 faite au visa des nouvelles dispositions est irrégulière.

L'envoi préalable à la saisine de la commission de recours amiable d'une mise en demeure qui, aux termes de l'article R. 133-9-1 du code de la sécurité sociale, doit contenir le motif pour lequel sont rejetées en totalité ou pour partie les observations présentées, constitue un acte essentiel permettant l'instauration d'un débat contradictoire renforcé devant cette commission ; c'est également à ce stade que les termes du débat sont définitivement fixés

Ainsi, en appliquant à tort les nouvelles dispositions, la caisse a privé Mme [K] d'une véritable phase intermédiaire amiable à laquelle elle aurait eu droit, lui faisant grief. Le fait que le délai pour saisir la commission de recours amiable ou pour faire des observations soit désormais de deux mois est sans emport sur le grief né de l'application des nouvelles dispositions à l'intéressée.

Dès lors, l'irrégularité entraîne l'annulation de la notification du 23 juillet 2013 et le rejet subséquent des demandes de la caisse.

Le jugement entrepris sera par conséquent confirmé en ce qu'il a débouté la caisse de ses demandes.

Sur les demandes accessoires

L'équité ne commande pas de faire droit à la demande de Mme [K] fondée sur l'article 700 du code de procédure civile.

S'agissant des dépens, si la procédure était, en application de l'article R.144-10 du code de la sécurité sociale gratuite et sans frais, l'article R.142-1-1 II, pris en application du décret n°2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale, dispose que les demandes sont formées, instruites et jugées selon les dispositions du

code de procédure civile, de sorte que les dépens sont régis désormais par les règles de droit commun conformément à l'article 696 du code de procédure civile.

En conséquence, les dépens de la présente procédure exposés postérieurement au 31 décembre 2018 seront laissés à la charge de la caisse.

Dispositif

PAR CES MOTIFS :

La Cour,

Statuant publiquement, par arrêt contradictoire, mis à disposition au greffe,

Confirme, le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale de Brest du 28 juin 2017 ;

Y ajoutant,

Déboute Mme [K] de sa demande fondée sur l'article 700 du code de procédure civile ;

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie du Finistère aux dépens.

LE GREFFIER LE PRESIDENT

Décision **de la Cour de cassation**

Cour de cassation Deuxième chambre civile 17 février 2022

VOIR LA DÉCISION

Les **dates clés**

- Cour de cassation Deuxième chambre civile 17-02-2022
- Cour d'appel de Rennes SS 09-09-2020