

Texte de la décision

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

Donne acte à la société Clinique Esquirol Saint-Hilaire de ce qu'elle se désiste de son pourvoi en tant que dirigé contre le service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole ;

Attendu, selon l'arrêt attaqué (Agen, 9 février 2010), que la société Clinique Esquirol Saint-Hilaire (la clinique) a fait l'objet, du 23 avril au 25 mai 2007, d'un contrôle de son activité portant sur l'année 2005 par la caisse de mutualité sociale agricole de la Dordogne aux droits de laquelle vient la caisse de mutualité sociale agricole Dordogne Lot-et-Garonne (la caisse) ; qu'à la suite de celui-ci, la caisse a notifié à la clinique un indu correspondant à des anomalies relevées dans la facturation de certains actes; que celle-ci a saisi d'un recours une juridiction de la sécurité sociale ;

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

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

1°/ que la charge de la preuve du caractère indu des versements de "suppléments surveillance continue" (SCC) pèse sur la caisse qui en demande restitution ; qu'ainsi la caisse qui prétend obtenir restitution de tels versements au motif que ceux-ci auraient concerné des lits qui ne relevaient pas du classement de médecine ou de chirurgie à soins particulièrement coûteux doit rapporter la preuve que les lits en cause ne sont pas des lits de surveillance continue ; qu'au cas d'espèce, pour estimer que la preuve de l'absence de classement des lits litigieux était rapportée, la cour d'appel s'est contentée de relever la "constatation d'une pratique tarifaire non conforme à la réglementation en vigueur n'est remise en cause par aucun élément contraire de la procédure" qu'en statuant ainsi, alors que la charge de la preuve de l'absence de classement des lits reposait sur la caisse de mutualité sociale agricole, la cour d'appel a violé l'article 1315 du code civil ;

2°/ que la charge de la preuve du caractère indu du versement de "suppléments soins particulièrement coûteux" (SRA) pèse sur la caisse qui en demande restitution ; qu'ainsi la caisse qui prétend obtenir restitution de tels versements au motif que ceux-ci auraient concerné des lits qui ne relevaient pas du classement de médecine ou de chirurgie à soins particulièrement coûteux doit rapporter la preuve que les lits en cause ne sont pas des lits de surveillance continue ; qu'au cas d'espèce, pour estimer que la preuve de l'absence de classement des lits litigieux était rapportée, la cour d'appel s'est bornée à relever que la clinique exposante avait qualifié "les lits en cause de lits de chirurgie ou les soins prodigués, dans les lits litigieux, de soins intensifs chirurgicaux" ; que ce faisant la cour d'appel a présumé que les lits en cause n'étaient pas des lits de réanimation ; que la cour d'appel a donc déchargé la caisse de la charge de la preuve que les lits litigieux n'étaient pas des lits de réanimation ; qu'elle a ainsi inversé la charge de la preuve et violé de ce chef l'article 1315 du code civil ;

Mais attendu que l'arrêt rappelle que, selon l'article 5-I, 7°, de l'arrêté du 31 janvier 2005 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 "suppléments soins particulièrement coûteux" (SRA) et les "suppléments surveillance continue" (SSC) ne peuvent être facturés que par les établissements bénéficiant de certains classements déterminés; qu'il énonce que la clinique bénéficiait, depuis 2004, d'un classement de médecine à soins particulièrement coûteux comportant à ce titre huit lits de réanimation cardiologique et seize lits de surveillance continue; qu'il constate que c'est à partir des données médico-administratives issues du contrôle que l'indu a pu être déterminé, dossier par dossier, pour des séjours clairement identifiés, et que le contrôle a donné lieu à l'établissement d'un rapport subséquent non critiqué par la clinique ;

Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel a pu, sans inverser la charge de la preuve, en déduire que des SRA et des SSC avaient été facturés pour des patients qui n'avaient pas été pris en charge, respectivement, dans un lit de réanimation ou dans un lit de surveillance au sens de la réglementation tarifaire ;

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

Sur le même moyen, pris en ses quatrième, cinquième et sixième branches :

Attendu que la clinique fait également grief à l'arrêt de la débouter de ses demandes, alors, selon le moyen :

1°/ que le juge ne peut dénaturer le sens clair et précis des écrits qui lui sont soumis; qu'au cas d'espèce dans ses écritures d'appel, la clinique soutenait que "le tribunal a effectué une interprétation erronée du problème soulevé par la présente affaire en ne prenant en considération qu'une seule des deux unités de l'établissement et en ne faisant état que des lits de médecine et non de chirurgie" ; qu'en estimant néanmoins qu'"en qualifiant les lits en cause de lits de chirurgie ou les soins prodigués, dans les lits litigieux, de soins intensifs chirurgicaux, la clinique confirme, par là même, qu'il ne s'agissait pas de lits de réanimation", la cour d'appel a dénaturé le sens clair et précis des écritures de l'exposante, et violé l'article 1134 du code civil ;

2°/ qu'un supplément dénommé "supplément soins particulièrement coûteux" (SRA) doit être versé pour chaque journée où le patient est pris en charge dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 ou dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement coûteux en application des dispositions de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978 ; qu'ainsi un lit de réanimation peut être un lit de réanimation médicale ou un lit de réanimation chirurgicale ; qu'au cas d'espèce en affirmant "qu'en qualifiant les lits en cause de lits de chirurgie ou les soins prodigués, dans les lits litigieux, de soins intensifs chirurgicaux, la clinique confirme, par là même, qu'il ne s'agissait pas de lits de réanimation, qui seuls pouvaient donner lieu à une facturation SRA", la cour d'appel a violé par refus d'application l'article 5-I, 7°, a) de l'arrêté du 31 janvier 2005 ;

3°/ qu'un supplément dénommé "supplément soins particulièrement coûteux" (SRA) doit être versé pour chaque journée où le patient est pris en charge dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 ou dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement coûteux en application des dispositions de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978 ; qu'ainsi un lit de réanimation peut être un lit de réanimation médicale ou un lit de réanimation chirurgicale; qu'au cas d'espèce, la clinique soutenait, dans ses conclusions qu'aucun texte ne permettait à la caisse, "sur ce point particulier, de soutenir que la clinique ne justifie pas d'une structure de réanimation relevant des 'soins hautement coûteux en chirurgie'", qu'en se bornant à affirmer d'autorité que "la clinique confirme qu'il ne s'agissait pas de lits de réanimation" sans préciser en quoi les lits en cause ne pouvaient recevoir la qualification de lits de réanimation, la cour d'appel a violé l'article 455 du code de procédure civile ;

Mais attendu que l'arrêt rappelle que, selon l'article 5-I, 7°, a) de l'arrêté sus mentionné du 31 janvier 2005, un supplément "SRA" ne peut être facturé que pour un patient pris en charge soit dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978, soit dans un centre lourd de néphrologie ou d'hémodialyse mentionné à l'annexe C du même arrêté, soit dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement coûteux en application des dispositions de l'annexe A du même arrêté ; qu'il énonce que la clinique bénéficiait, depuis 2004, d'un classement de médecine à soins particulièrement coûteux comportant à ce titre huit lits de réanimation cardiologique et seize lits de surveillance continue ;

Que de ces constatations et énonciations, la cour d'appel a exactement déduit, hors toute dénaturation, que la clinique ne pouvait facturer des suppléments "SRA" que pour les patients ayant relevé d'une prise en charge dans un lit de réanimation reconnu comme tel dans le cadre de son classement, la clinique ne disposant pas de lits entrant dans les autres catégories précédemment mentionnées ;

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

Et attendu que, pris 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 Esquirol Saint-Hilaire aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande de la Clinique Esquirol Saint-Hilaire ; la condamne à payer à la CMSA de la Dordogne - Lot-et-Garonne 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-sept février deux mille onze.

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Nicolaÿ, de Lanouvelle et Hannotin, avocat aux Conseils pour la société Clinique Esquirol Saint-Hilaire

IL EST FAIT GRIEF à l'arrêt attaqué D'AVOIR refusé d'annuler la notification de recours, la mise en demeure de la CLINIQUE ESQUIROL SAINT HILAIRE ainsi que la décision de la Commission de recours amiable de la CAISSE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE DE DORDOGNE, d'AVOIR débouté l'exposante de l'ensemble de ses demandes, et de l'AVOIR en conséquence, condamnée à verser à ladite CAISSE la somme de 9.314,26 € ;

AUX MOTIFS QUE « selon l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale, 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-I-6, L 162-17, L 165-I L 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L 162-22-I et L 162-22-6, l'organisme de prise en charge a la possibilité de recouvrer l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non respect de ces règles ; qu'aux termes de l'article R 133-9-1 du même code, la notification de payer prévue à l'article L 133-4 susvisé est envoyée par le directeur de l'établissement 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 , qu'elle mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ; qu'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% ; que dans ce même délai, 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 accusé de réception, la mise en demeure prévue à l'article L133-4 ; que 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-I ; que la motivation tant de la lettre de notification de paiement de l'indu que de la lettre de mise en demeure doit, par conséquent, permettre à l'établissement contrôlé d'identifier l'indu et de connaître les conditions et délais de présentation de ses observations et recours ; que la lettre recommandée de notification de paiement d'indu en date du 8 août 2 007 fait état du contrôle sur site à l'origine de la constatation des facturations erronées par suite de l'inobservation des règles de tarification ou de facturation ainsi que du rapport subséquent adressé à la clinique le 4 juin 2007, indique la somme globale de 9 043,67 euros correspondant à l'indu réclamé sur le fondement des dispositions expressément visées de l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale ; que ce courrier comportait un tableau annexé fournissant les précisions nécessaires à la Clinique quant à la période auxquels se rapportent les indus (séjours du 15/03/2 005 au 31 décembre 2 006 - hors octobre 2 006), quant à la nature des indus (SRA - SSC), quant à l'identification de chacun des patients concernés par les actes litigieux (numéro d'entrée et numéro d'assuré social, nom et prénom), quant à la date de paiement par l'organisme, quant au nombre par patient de suppléments SRA et/ou SSC refusés avec indication des motifs de refus par référence, pour les SRA, aux dispositions de l'arrêté du 31 janvier 2 005 art 5 alinéa 7 paragraphe a, à savoir "non prise en charge dans un lit relevant du classement de "réanimation" au titre de la médecine à soins particulièrement Coûteux en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978" et pour les SSC, aux dispositions de l'arrêté du 31 janvier 2 005 art 5 alinéa 7 paragraphe b, à savoir" non prise en charge dans un lit relevant du classement de surveillance continue au titre de la médecine à soins particulièrement Coûteux en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978", quant au montant induit, dossier par dossier, par les refus de supplément SRA et SCC pour chacun des motifs précités, tous éléments de nature à permettre à la clinique de connaître le principe et les bases de calcul ayant permis de

chiffrer l'indu dont il s'agit ainsi que son motif et de présenter utilement ses observations ; que de fait, ces différents éléments ont permis à la Clinique dans son courrier en réponse en date du 7 septembre 2007 de développer celles ci et de critiquer la position de la Caisse relativement à ses demandes de restitution des forfaits SRA et SSC au regard de chacun des motifs invoqués ; que la lettre recommandée de mise en demeure en date du 6 février 2008 délivrée à la suite de la notification de paiement restée sans effet pour les deux motifs susvisés et à laquelle est annexé le même tableau que précédemment, rappelle la notification d'indu, tient compte du paiement effectué par la Clinique pour les dossiers dans lesquels l'organisme réclamait la restitution de SRA et de SCC sur le fondement d'un troisième motif, indique les raisons qui amènent la MSA à ne pas retenir les observations de la Clinique pour les réclamations au titre des deux motifs susvisés et précise l'application d'une majoration de 10% sur le fondement de l'article R 133-9-I du code de la sécurité sociale sur les sommes restant dues ; qu'il s'ensuit que la notification d'indu du 8 août 2007 de même que la mise en demeure du 6 février 2008 qui contiennent les éléments suffisants pour permettre à la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE de connaître la nature, la cause et l'étendue de ses obligations répondent aux exigences de l'article R 133-9-I du code de la sécurité sociale et ne peuvent, dès lors, donner lieu à annulation ; que par ailleurs, que la décision de la Commission de Recours Amiable en date du 16 juin 2008 apparaît suffisamment motivée au regard des dispositions de l'article R 142-4 du code de la sécurité sociale, la Commission indiquant les raisons essentielles la conduisant à écarter le recours de la Clinique ; qu'il convient, par conséquent, d'écarter, également, la demande d'annulation d'une telle décision comme non fondée ; que, que le fond, la tarification à l'activité (T2A) a été mise en place en janvier 2004 dans les établissements publics et privés participant au service public hospitalier et en mars 2005 dans les établissements privés à but lucratif, telle la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE, pour leur activité de médecine chirurgie obstétrique et odontologie, étant précisé que deux décrets du 28 janvier 2005 et un arrêté du 31 janvier 2005 applicable à la tarification de 2005 définissent les différentes catégories de prestations hospitalières ainsi que leur classification et leur prise en charge pour les activités susvisées ; qu'il est constant, par ailleurs, que conformément aux dispositions de cet arrêté, la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE a, depuis la mise en place de la T2A la possibilité de facturer des suppléments SRA et SSC dans les limites et dans le strict respect des dispositions réglementaires prévues à cet effet, étant précisé que la clinique qui bénéficie, depuis 2004, d'un classement de médecine à soins particulièrement coûteux (SPC) s'est vue reconnaître, à ce titre, une capacité de 8 lits de réanimation cardiologique et de 16 lits de surveillance continue ; que, sur la demande de restitution des SRA au titre du motif 1, il ressort clairement des dispositions de l'arrêté du 31 janvier 2005 article 5-70 paragraphe a que peut être facturé "un supplément dénommé supplément soins particulièrement Coûteux SRA pour chaque journée où le patient est pris en charge soit dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 soit dans un centre lourd de néphrologie et d'hémodialyse mentionnée à l'annexe du même arrêté soit dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement Coûteux en application des dispositions de l'annexe A du même arrêté et bénéficiant d'une reconnaissance de soins hautement Coûteux en chirurgie" ; qu'il s'ensuit qu'au vu de ces dispositions réglementaires seules applicables au cas présent compte tenu de la période intéressant les séjours concernés, la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE ne pouvait facturer des suppléments SRA que pour les patients ayant relevé d'une prise en charge dans un lit de réanimation reconnu comme tel en 2004 dans le cadre de son classement en médecine SPC, la Clinique ne disposant pas de lits entrant dans la définition des autres catégories ci dessus précisées ; que l'arrêté du 31 janvier 2005 ayant fixé spécialement les conditions de versement des suppléments SRA et ayant modifié les anciennes règles de facturation, la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE ne saurait utilement invoquer le système antérieur de facturation pour prétendre opposer à la Caisse un prétendu droit acquis à des remboursements pour des lits de chirurgie ne relevant pas précisément de l'article 5 susvisé et n'ayant pas fait l'objet du classement spécifique ouvrant droit à l'octroi de suppléments SRA ; que selon l'article R 6113-I du code de la santé publique, pour l'analyse de leur activité médicale, les établissements de santé, publics et privés procèdent à la synthèse et au traitement informatique de données figurant dans le dossier médical recueilli pour chaque patient, ces données concernant notamment les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, les unités médicales ayant pris en charge le patient, les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ainsi que les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement, la facturation d'un séjour hospitalier par un établissement supposant l'admission du patient, la constitution à la fin du séjour d'un résumé standardisé de sortie (RSS) comportant obligatoirement le diagnostic principal du séjour ainsi que les actes réalisés ; que c'est à partir des données médico administratives issues du contrôle que l'indu a pu être déterminé, dossier par dossier, pour des séjours clairement identifiés, le contrôle ayant donné lieu à l'établissement d'un rapport subséquent non critiqué par la Clinique et ayant fait apparaître que pour les patients concernés des suppléments SRA avaient été facturés alors que les intéressés n'étaient pas pris en charge dans un lit classé " lit de réanimation" en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 ; que la SAS

Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE en qualifiant les lits en cause de lits de chirurgie ou les soins prodigués, dans les lits litigieux, de soins intensifs chirurgicaux confirme, par là même, qu'il ne s'agissait pas des lits de réanimation relevant du classement de médecine à soins particulièrement coûteux qui lui a été spécialement et limitativement reconnu et qui, seuls, pouvaient donner lieu à une facturation de SRA ; qu'ainsi et sans qu'il soit besoin d'ordonner une expertise technique qui, au demeurant, n'est pas demandée par la Clinique, il convient de retenir que la Caisse établit la nature et le montant de l'indu dont elle réclame le paiement au titre des suppléments SRA, motif 1 ; que sur la demande de versement rétroactif de suppléments SFT, selon l'article 5 - 6° b) de l'arrêté du 31 janvier 2005, il peut être facturé un supplément dénommé soins intensifs (SFT) pour chaque journée où le patient est pris en charge soit dans une unité de réanimation autorisée et que les conditions définies au paragraphe a du même article ne sont pas remplies soit dans une unité de soins intensifs reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et répondant aux conditions techniques de fonctionnement définies aux articles D 712-112 à D 712-124 du code de la santé publique (recodifiés D 6124-104 et suivants du code de la santé publique) ; que la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE sollicite la substitution de suppléments SFT aux suppléments SRA facturés par elle pour l'activité de soins intensifs chirurgicaux ; qu'il est constant, cependant, que l'établissement ne dispose pas de l'autorisation délivrée par l'ARE pour un service de réanimation répondant aux critères normatifs définis par les dispositions réglementaires susvisées de sorte qu'il ne peut prétendre au bénéfice de suppléments SFT ; que la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE doit, par conséquent, être déboutée de sa demande de ce chef ; que sur la demande de restitution des SSC au titre du motif 2, selon l'article paragraphe b de l'arrêté du 31 janvier 2005, il peut être facturé un supplément dénommé supplément de surveillance continue (SSC) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans un lit de surveillance continue classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêt du 29 juin 1978 ; que de la même manière que pour les SRA, le contrôle de facturation établi à partir des données médico administratives de la Clinique, à l'origine de la notification d'indu et qui a donné lieu à l'établissement, par la MSA, d'un rapport subséquent qui a été transmis en recommandé à la Clinique sans que ce rapport n'ait fait l'objet, de la part de cette dernière, de la moindre critique, a permis de déterminer l'indu dossier par dossier relativement à des séjours clairement identifiés, le contrôle ayant fait apparaître que pour les patients concernés, des suppléments SSC avaient été facturés alors que les intéressés n'étaient pas pris en charge dans un lit classé " lit de surveillance" en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêt du 29 juin 1978 ; que cette constatation d'une pratique tarifaire non conforme à la réglementation en vigueur n'est remise en cause par aucun élément contraire de la procédure ; qu'il convient, donc, sans qu'il soit nécessaire d'ordonner une expertise technique, de retenir que la Caisse qui établit la nature et le montant de l'indu dont elle réclame le paiement au titre des suppléments SSC, motif 2, est bien fondée en sa demande de répétition d'indu de ce chef ; que sur la demande de transport sur les lieux, il convient de débouter la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE de cette demande qui apparaît parfaitement inutile pour la solution du litige ; que par conséquent, qu'il convient de confirmer la décision déferée en toutes ses dispositions et de débouter la SAS Clinique ESQUIROL SAINT HILAIRE de l'ensemble de ses demandes »(arrêt attaqué, p. 6 à 10)

ET AUX MOTIFS EVENTUELLEMENT ADOPTES DU JUGEMENT QU'« à titre liminaire, il importe de rappeler que le Tribunal est saisi d'un litige portant sur un indu de prestations versées par un régime obligatoire de sécurité sociale, procédure régie par les articles L 133-4 et R 133-9-I du Code de la sécurité sociale, et non sur un redressement opéré à l'encontre d'un employeur aux fins de recouvrer des cotisations de sécurité sociale en vertu des articles L 243-7 et suivants du Code de la sécurité sociale ; que la jurisprudence relative au recouvrement des cotisations sociales n'est donc pas applicable à la présente instance ; que l'article L 133-4 du Code de la sécurité sociale dispose qu'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-I-7, L. 162-17, L. 165-I, L. 162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-I et L. 162-22-6, 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 ; qu'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 ; que l'action en recouvrement s'ouvre par l'envoi d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations ; qu'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 ; que conformément à l'article R 133-9-I du Code de la sécurité sociale, la notification de payer est envoyée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie 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 ; qu'elle mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ;

qu'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 % ; que dans le même délai, 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 la 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 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 ; qu'en l'espèce, la MSA a notifié l'indu à la Clinique ESQUIROL par lettre reçue le 14 août 2007 ; que ce courrier indique qu'un certain nombre d'anomalies a été relevé lors du contrôle effectué du 23 avril au 25 mai 2007, dont le rapport a été adressé en recommandé avec avis de réception du 4 juin 2007 ; qu'il est assorti d'un tableau contenant pour chaque patient concerné, le numéro d'entrée, le nom le numéro de sécurité sociale, la date de paiement, les « faits reprochés » et le montant de l'indu qui en découle ; que La colonne « faits reprochés » détaille le nombre et la nature des suppléments contestés, en citant le texte fondant le refus de prise en en charge, pour chacun des patients ; que l'ensemble de ces éléments permet parfaitement à la Clinique ESQUIROL, qui dispose en outre des dossiers médicaux et administratifs de ses propres patients, de connaître la cause, la nature, le montant des sommes réclamées et la date des versements indus ; que, par ailleurs, il résulte clairement de la lettre d'observations en date du 7 septembre 2007 que la Clinique ESQUIROL a une parfaite connaissance des griefs de la MSA ; que la lettre de la caisse mentionne également le montant total de l'indu, le rappel des dispositions de l'article L 133-4 du Code de la sécurité sociale, le délai d'un mois pour régler l'indu ou présenter des observations, écrites, ainsi que la majoration de 10 % encourue à défaut de paiement dans le délai imparti ; que, dès lors, cette notification de payer répond aux exigences de l'article R 133-9-1 du Code de la sécurité sociale ; que, ar courrier réceptionné le 12 février 2008, la MSA a adressé une mise en demeure de payer à la Clinique ESQUIROL ; que la caisse y répond aux observations formulées par l'établissement de santé, qu'elle rejette ; que cette lettre rappelle que l'établissement a d'ores et déjà restitué une somme de 576,16 euros, comporte le tableau récapitulatif décrit ci-dessus, l'application de la majoration de 10 % sur le reliquat, le montant total dû (8 467,51 + 846,75 9 314,26 euros), le délai d'un mois pour régler cette somme et la possibilité de saisir la Commission de recours amiable dans le délai d'un mois ; qu'en conséquence, la mise en demeure adressée par la MSA à la Clinique ESQUIROL est également conforme aux dispositions de l'article.R 133-9-1 du Code de la sécurité sociale ; que, par la suite, l'établissement de santé a contesté la mise en demeure devant la Commission de recours amiable ; que, là encore, la lettre de saisine témoigne de la connaissance par l'établissement de santé des motifs exacts de l'indu ; qu'il résulte de la lecture de la décision de la Commission de recours amiable que celle-ci est motivée, comme l'impose l'article R 142-4 du Code de la sécurité sociale ; que le fait que la Clinique soit en désaccord avec le contenu et les motifs de cette décision ne suffit pas à établir que cette décision est irrégulière en la forme ; qu'au surplus, indépendamment du contenu de la décision de la Commission de recours amiable (qui peut être un rejet implicite), le Tribunal juge l'entier litige et doit en tout état de cause se prononcer sur le bien-fondé de l'indu ; qu'il n'y a donc pas lieu d'annuler la décision de la Commission de recours amiable ; que, sur le fond, en vertu de l'article 5-7° de l'arrêté du 31 janvier 2005, lorsqu'un patient est pris en charge dans un établissement ou un service bénéficiant d'un classement hors catégorie en application des dispositions de l'arrêté du 29 juin 1978, les établissements de santé privé peuvent facturer un des suppléments suivants : a) Un supplément dénommé « supplément soins particulièrement coûteux » (SRA) pour chaque journée où le patient est pris en charge soit dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 susvisé, soit dans un centre lourd de néphrologie et d'hémodialyse mentionné à l'annexe C du même arrêté, soit dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement coûteux en application des dispositions de l'annexe A du même arrêté et bénéficiant d'une reconnaissance de soins hautement coûteux en chirurgie ; b) Un supplément dénommé « supplément surveillance continue ». (SSC) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans un lit de surveillance continue classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 susvisé ; que dès lors que l'établissement peut facturer un supplément « réanimation » (REA), « soins intensifs » (STF) ou « surveillance continue » (SRC), il ne peut plus facturer les suppléments SRA et SSC ; que l'établissement peut facturer un STF pour chaque journée où le patient est pris en charge: soit dans une unité de réanimation autorisée, .soit dans une unité de soins intensifs reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation et répondant aux conditions techniques de fonctionnement définies aux articles D. 712-112 à D, 712-124 du code de la santé publique ; que conformément au décret n° 73-183 du 22 février 1973 et de l'arrêté du 29 juin 1978, les modalités de prise en charge des hospitalisations par un établissement de santé privé font l'objet d'un contrat conclu entre l'établissement et. les organismes d'assurance maladie ; qu'en l'espèce, il est constant que la Clinique ESQUIROL bénéficie d'un classement hors catégorie, ce qui lui permet de facturer les suppléments prévus

par l'article 5 de l'arrêté du 31 janvier 2005 dans les conditions prévues par ce dernier ; qu'il résulte de ce texte que la facturation d'un SRA ou d'un SSC est subordonnée au fait que le patient hospitalisé se trouve dans un lit classé (lit de réanimation > pour l SRA ou « lit de surveillance continue » pour le SSC) ; que tout classement antérieur ou d'une autre nature invoqué par la Clinique ESQUIROL est sans intérêt pour le présent litige ; que, de même, s'agissant de l'application de la T2A, en vigueur depuis 2004, les moyens relatifs à d'anciennes pratiques résultant d'anciennes réglementations sont inopérants ; que la MSA et la Clinique ESQUIROL affirment toutes deux qu'en vertu d'un avenant tarifaire en date du 1 mars 2005 (qui n'est produit par, aucune des parties), l'établissement de santé a obtenu le classement de 8 lits de réanimation (cardiologique), et de 16 lits de surveillance continue ; que, dès lors, la Clinique ESQUIROL ne peut pas facturer plus de 8 SRA et plus de 16 SSC par jour pour l'ensemble de ses patients ; que lors du contrôle effectué aux mois d'avril et de mai 2007, les médecins-conseils ont relevé que l'établissement de santé avait facturé un nombre de SRA et de SSC supérieurs à sa capacité au vu du nombre de lits classés ; que si la Clinique ESQUIROL tente de faire admettre qu'elle pouvait facturer les SRA et SSC litigieux en raison de son activité réelle et de son importance pour la santé publique au niveau local, force est de constater qu'elle ne remet pas 'en cause les chiffres portés dans, le tableau en eux-mêmes ; que, dès lors, il apparaît que la Clinique ESQUIROL a indûment facturé auprès de la MSA les SRA et SSC mentionnés dans la notification de payer et la mise en demeure (cf tableau récapitulatif) ; que, dans la mesure où la Clinique ESQUIROL facture des SRA et des SSC, elle ne peut pas prétendre au versement de STF ; que sa demande à ce titre sera donc rejetée ; qu'en conséquence, la Clinique ESQUIROL sera condamnée à payer à la MSA la somme de 9314,26 euros, comprenant une majoration de 10 %, avec intérêts au taux légal à compter du 12 février 2008 » (jugement attaqué, p. 3à 7) ;

1°) ALORS QUE la décision de la commission de recours amiable doit être motivée ; qu'à cet égard la décision de cette commission doit mentionner les motifs de fait et de droit sur lesquels la commission se fonde ; qu'au cas d'espèce la commission amiable a rejeté le recours de la clinique exposante au seul motif qu'« il a été constaté (...) des facturations erronées ayant entraîné des remboursements indus » (notification de la décision du 16 juin 2008) ; que la clinique exposante soutenait pourtant dans ses conclusions que la commission amiable n'avait réalisé « aucune analyse des dossiers litigieux (...) afin de justifier ou de prétendre que les soins réalisés n'auraient pas dû faire l'objet d'un versement de SRA ou de SCC » ; qu'en estimant néanmoins que « la décision de la commission paraît suffisamment motivée au regard des dispositions de l'article R. 142-4 du Code de la sécurité sociale », sans rechercher, ainsi qu'il lui était demandé si la commission avait bien mentionné les motifs de fait et de droit sur lesquels elle s'était fondée pour décider que les lits en cause ne relevaient pas du classement de réanimation et de surveillance continue, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article R. 142-4 du Code de la sécurité sociale ;

2°) ALORS QUE la charge de la preuve du caractère indu des versements de SSC pèse sur la caisse qui en demande restitution ; qu'ainsi la Caisse qui prétend obtenir restitution de tels versements au motif que ceux-ci auraient concernés des lits qui ne relevaient pas du classement de médecine ou de chirurgie à soins particulièrement coûteux doit rapporter la preuve que les lits en cause ne sont pas des lits de surveillance continue ; qu'au cas d'espèce, pour estimer que la preuve de l'absence de classement des lits litigieux était rapportée, la cour d'appel s'est contentée de relever la « constatation d'une pratique tarifaire non conforme à la réglementation en vigueur n'est remise en cause par aucun élément contraire de la procédure »(arrêt attaqué, p. 10, alinéa 2), qu'en statuant ainsi, alors que la charge de la preuve de l'absence de classement des lits reposait sur la Caisse MSA, la cour d'appel a violé l'article 1315 du Code civil ;

3°) ALORS QUE la charge de la preuve du caractère indu des versements de SRA pèse sur la caisse qui en demande restitution ; qu'ainsi la Caisse qui prétend obtenir restitution de tels versements au motif que ceux-ci auraient concernés des lits qui ne relevaient pas du classement de médecine ou de chirurgie à soins particulièrement coûteux doit rapporter la preuve que les lits en cause ne sont pas des lits de réanimation ; qu'au cas d'espèce, pour estimer que la preuve de l'absence de classement des lits litigieux était rapportée, la cour d'appel s'est bornée à relever que la clinique exposante avait qualifié « les lits en cause de lits de chirurgie ou les soins prodigués, dans les lits litigieux, de soins intensifs chirurgicaux » (arrêt attaqué, p. 8, alinéa 7) ; que ce faisant la cour d'appel a présumé que les lits en cause n'étaient pas des lits de réanimation ; que la cour d'appel a donc déchargé la Caisse de la charge de la preuve que les lits litigieux n'étaient pas des lits de réanimation ; qu'elle a ainsi inversé la charge de la preuve et violé de ce chef l'article 1315 du Code civil ;

4°) ALORS QUE le juge ne peut dénaturer le sens clair et précis des écrits qui lui sont soumis ; qu'au cas d'espèce dans

ses écritures d'appel, la clinique exposante soutenait que « le Tribunal a effectué une interprétation erronée du problème soulevé par la présente affaire en ne prenant en considération qu'une seule des deux unités de l'établissement et en ne faisant état que des lits de médecine et non de chirurgie » (conclusions de l'exposante, p. 21, alinéa 2); qu'en estimant néanmoins qu'« en qualifiant les lits en cause de lits de chirurgie ou les soins prodigués, dans les lits litigieux, de soins intensifs chirurgicaux, la clinique confirme, par là même, qu'il ne s'agissait pas de lits de réanimation » (arrêt attaqué, p. 9, alinéa 3), la cour d'appel a dénaturé le sens clair et précis des écritures de l'exposante, et violé l'article 1134 du Code civil.

5°) ALORS QU'un supplément dénommé «supplément soins particulièrement coûteux» (SRA) doit être versé pour chaque journée où le patient est pris charge dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 ou dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement coûteux en application des dispositions de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978 ; qu'ainsi un lit de réanimation peut être un lit de réanimation médicale ou un lit de réanimation chirurgicale ; qu'au cas d'espèce en affirmant « qu'en qualifiant les lits en cause de lits de chirurgie ou les soins prodigués, dans les lits litigieux, de soins intensifs chirurgicaux, la clinique confirme, par là même, qu'il ne s'agissait pas de lits de réanimation, qui seuls pouvaient donner lieu à une facturation SRA » » (arrêt, p. 9, alinéa 3), la cour d'appel a violé par refus d'application l'article 5- 7° a) de l'arrêté du 31 janvier 2005 ;

6°) ALORS QUE subsidiairement un supplément dénommé « supplément soins particulièrement coûteux » (SRA) doit être versé pour chaque journée où le patient est pris charge dans un lit de réanimation classé en application des dispositions de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978 ou dans un lit classé en chirurgie à soins particulièrement coûteux en application des dispositions de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978 ; qu'ainsi un lit de réanimation peut être un lit de réanimation médicale ou un lit de réanimation chirurgicale ; qu'au cas d'espèce, dans ses conclusions, l'exposante soutenait dans ses conclusions (p. 28, alinéa 4) qu'aucun texte ne permettait à la Caisse, « sur ce point particulier, de soutenir que la clinique ne justifie pas d'une structure de réanimation relevant des "soins hautement coûteux en chirurgie" », qu'en se bornant à affirmer d'autorité que « la clinique confirme qu'il ne s'agissait pas de lits de réanimation » sans préciser en quoi les lits en cause ne pouvaient recevoir la qualification de lits de réanimation, la cour d'appel a violé l'article 455 du Code de procédure ;

7°) ALORS QUE commet une faute qui engage sa responsabilité extracontractuelle la Caisse, qui brutalement et sans préavis, demande le remboursement de suppléments que, pendant plusieurs années, elle a permis à une clinique de facturer à ses patients ; qu'au cas d'espèce, dans ses conclusions (conclusions, p. 25, alinéa 2, et p. 27, alinéas 1 & suiv.), l'exposante soutenait que la Caisse avait commis une faute en lui demandant brutalement, sans préavis, le remboursement des suppléments SRA dont elle avait permis la facturation aux patients pendant plusieurs années ; qu'en ne répondant pas à ce moyen qui était de nature à diminuer le montant des sommes dues par la clinique exposante, la cour d'appel a violé l'article 455 du Code de procédure civile ;

8°) ALORS QUE, subsidiairement commet une faute qui engage sa responsabilité extracontractuelle la Caisse, qui brutalement et sans préavis, demande le remboursement de suppléments que, pendant plusieurs années, elle a permis à une clinique de facturer à ses patients ; qu'au cas d'espèce, à supposer que la cour d'appel, en déboutant l'exposante de l'ensemble de ses demandes, ait répondu au moyen tenant à la responsabilité de la Caisse, en ne recherchant pas, ainsi qu'il lui était demandé (conclusions, p. 25, alinéa 2, et p. 27, alinéas 1 & suiv) si, en demandant brutalement, sans préavis et après plusieurs années d'un tacite accord la répétition de suppléments SRA, la Caisse n'avait pas commis une faute de nature à engager sa responsabilité extracontractuelle, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article 1382 du Code civil.