

Texte de la décision

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

Sur le moyen unique :

Vu les articles L. 133-4, L. 141-1, L. 162-22-6 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

Attendu, selon le deuxième de ces textes, que seules les contestations d'ordre médical relatives à l'état du malade donnent lieu à une procédure d'expertise médicale ;

Attendu, selon le jugement attaqué, rendu en dernier ressort, que la société La Polyclinique des Alpes du Sud (la société) a fait l'objet, en novembre 2006, d'un contrôle de son activité par l'agence régionale d'hospitalisation de Provence-Alpes-Côte-d'Azur ; qu'à la suite de celui-ci, la caisse du Régime social des indépendants-assurance maladie des professions libérales province (la caisse) lui a notifié un indu pour un montant de 395,07 euros correspondant à une anomalie relevée dans la facturation d'un acte pratiqué pour un patient pris en charge moins d'une journée ; que la société a saisi d'un recours une juridiction de la sécurité sociale ;

Attendu que, pour annuler l'indu, le jugement retient que la réclamation aboutit à remettre en cause la décision d'admission du patient prise par le praticien de l'établissement et constitue dès lors une contestation d'ordre médical relative à la prise en charge thérapeutique du malade qui relève en principe de la procédure d'expertise médicale prévue par l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale, et qu'il incombait à l'organisme de mettre celle-ci en oeuvre avant d'engager une action en recouvrement ;

Qu'en statuant ainsi, alors que se rapportant exclusivement à l'application des règles de tarification et de facturation des actes, la contestation soulevée par la caisse n'entraîne pas dans le champ d'application de la procédure de l'expertise médicale, le tribunal a violé les textes susvisés ;

PAR CES MOTIFS :

CASSE ET ANNULE, dans toutes ses dispositions, le jugement rendu le 19 juin 2009, entre les parties, par le tribunal des affaires de sécurité sociale de Gap ; remet, en conséquence, la cause et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ledit jugement et, pour être fait droit, les renvoie devant le tribunal des affaires de sécurité sociale de Valence ;

Condamne la société Polyclinique des Alpes du Sud aux dépens ;

Vu l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande de la société Polyclinique des Alpes du Sud ; la condamne à payer à la caisse RSI assurance maladie des professions libérales provinces la somme de 2 000 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite du jugement cassé ;

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

MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Lesourd, avocat aux Conseils, pour la caisse RSI assurance maladie des professions libérales provinces

Il est fait grief à la décision attaquée d'AVOIR annulé la décision en réclamation d'indu prise par la Caisse RSI -branche assurance maladie des professions libérales provinces, à l'encontre de la POLYCLINIQUE DES ALPES DU SUD;

AUX MOTIFS QUE «L'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale a énoncé le principe d'une classification des prestations d'hospitalisation donnant lieu à prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en oeuvre au profit des patients. L'article 2 du décret du 28 janvier 2005, codifié à l'article R 162-32 du code de la sécurité sociale, a défini dans ce cadre la catégorie des séjours et des soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, et dont la prise en charge serait assurée par des forfaits. L'arrêté du 31 janvier 2005, sous l'empire duquel a été réalisé le contrôle dont le tribunal a présentement à connaître, a ainsi fixé une liste de forfaits dénommés "groupes homogènes de séjours" (GHS). Il a été par la suite remplacé par un autre arrêté du 5 mars 2006 apportant des précisions sur la prise en charge des séjours de moins d'une journée. Ce dernier texte a été commenté par une circulaire du ministre de la Santé en date du 31 août 2006 publiée au Journal Officiel, ayant pour objet d'unifier la pratique des établissements de soins en matière de facturation de prestations de ce type. Constatant que la définition d'une liste exhaustive des situations cliniques autorisant la facturation d'un GHS se révélait impossible, la circulaire préconise de raisonner par référence à un principe général en vertu duquel doivent être exclues toutes les prestations pouvant habituellement être réalisées soit en médecine de ville, soit dans le cadre de consultations ou d'actes externes au sein des établissements de santé. Elle indique que les actes de chirurgie ambulatoire réalisés sous simple anesthésie locale ne doivent pas en principe donner lieu à facturation d'un GHS. Elle précise également qu'un GHS ne peut être facturé qu'en cas de surveillance médicale prolongée à la suite d'un acte diagnostique ou thérapeutique ne requérant pas une telle surveillance chez un patient habituel. Elle rappelle enfin que le temps consacré au patient ainsi que l'utilisation d'un ou plusieurs plateaux techniques sont pris en compte dans la tarification des actes externes et ne justifient pas en eux-mêmes de recourir à un forfait GHS. L'argument principal invoqué par la Polyclinique des Alpes du Sud pour remettre en cause les conclusions du contrôle consiste à faire observer que les inspecteurs ont appliqué les principes nouveaux énoncés par l'arrêté du 5 mars 2006 et la circulaire susdite à des facturations émises en 2005, alors qu'à cette époque les autorités de tutelle n'avaient pas encore clarifié les règles de tarification des "actes frontière". Cette objection apparaît fondée, surtout lorsque l'on considère le caractère peu explicite du libellé des GHS figurant en annexe de l'arrêté du 31 janvier 2005. D'autre part, ainsi que le rappelle la circulaire susvisée, la facturation d'un GHS dépend de l'admission du patient en hospitalisation, décision appartenant au médecin clinicien. Or, comme le fait justement observer le conseil de la Polyclinique des Alpes du Sud, la réclamation d'indu aboutit à remettre en cause cette décision et constitue dès lors une contestation d'ordre médical relative à la prise en charge thérapeutique du malade, qui relève en principe de la procédure d'expertise médicale prévue par l'article 141-1 du Code de la Sécurité Sociale. Il incombait à l'organisme social de mettre en oeuvre cette procédure avant d'engager une action en recouvrement».

ALORS QUE si un établissement de soins facture à l'assurance maladie une hospitalisation non justifiée au regard des articles L. 162-22-6, L. 162-26 et R. 162-32 du Code de la Sécurité Sociale, l'assurance maladie est en droit de ne pas rembourser les sommes engagées et, dans l'hypothèse d'un remboursement, de récupérer les sommes indûment versées ; que la facturation d'un forfait de séjour et de soins dénommé GHS (Groupe Homogène de Séjour) est subordonnée à l'hospitalisation du patient médicalement justifiée ; qu'en l'espèce, les médecins contrôleurs ayant constaté, comme la caisse le soutenait dans ses conclusions, que les actes réalisés présentaient les caractéristiques de soins externes réalisés sur un patient ambulant, ne requérant ni hospitalisation, ni utilisation d'un plateau technique, il en résultait que ces actes n'ouvraient pas droit à la facturation d'un forfait GHS ; qu'ainsi la réclamation d'indu n'impliquait nullement une contestation d'ordre médical relatif à la prise en charge thérapeutique d'un malade, justifiant une expertise relevant des dispositions de l'article L. 141-1 du Code de la Sécurité Sociale ; qu'en en décidant autrement, le jugement attaqué a violé les textes susvisés qui ne sauraient être considérés comme peu explicites.