

Texte de la décision

CIV. 2

LM

COUR DE CASSATION

Audience publique du 27 janvier 2022

Cassation

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 112 FS-B

Pourvoi n° X 20-18.132

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 27 JANVIER 2022

La caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, dont le siège est [Adresse 2], a formé le pourvoi n° X 20-18.132 contre l'arrêt rendu le 12 février 2020 par la cour d'appel d'Aix-en-Provence (chambre 4-8), dans le litige l'opposant à la société [3], société à responsabilité limitée, dont le siège est [Adresse 1], défenderesse à la cassation.

La demanderesse invoque, à l'appui de son pourvoi, le moyen unique de cassation annexé au présent arrêt.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de Mme Vignerat, conseiller référendaire, les observations de la SCP Boutet et Hourdeaux, avocat de la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône, de la SCP Waquet, Farge et Hazan, avocat de la société [3], et l'avis de M. de Monteynard, avocat général, après débats en l'audience publique du 8 décembre 2021 où étaient présents M. Pireyre, président, Mme Vignerat, conseiller référendaire rapporteur, Mme Taillandier-Thomas, conseiller doyen, Mmes Coutou, Renault-Malignac, M. Rovinski, Mmes Cassignard, Lapasset, M. Leblanc, conseillers, Mme Dudit, M. Labaune, conseillers référendaires, M. de Monteynard, avocat général, et Mme Aubagna, greffier de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée, en application de l'article R. 431-5 du code de l'organisation judiciaire, des président et conseillers précités, après en avoir délibéré conformément à la loi, a

rendu le présent arrêt.

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Aix-en-Provence, 12 février 2020), la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône (la caisse) a notifié à la société [3] (la société) un indu d'un montant de 76 947,07 euros, ramené à 21 049,37 euros le 14 mars 2017, correspondant à des anomalies de facturation.

2. La société a saisi d'un recours une juridiction de sécurité sociale.

Examen du moyen

Enoncé du moyen

3. La caisse fait grief à l'arrêt d'annuler la notification d'indu du 14 mars 2017 et de la débouter de ses demandes de remboursement, alors :

« 1°/ que le forfait global versé par l'assurance maladie à un établissement d'hospitalisation à domicile couvre l'ensemble des soins dispensés aux personnes prises en charge par ledit service ; qu'en retenant, pour écarter tout indu, que la caisse ne produisait pas les prescriptions médicales correspondant aux indus notifiés, quand ces prescriptions importaient peu dès lors qu'aucun soin de ville, dispensé à une personne pendant la période au cours de laquelle celle-ci est prise en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile, ne peut être facturé directement et individuellement à l'assurance maladie, les juges du fond ont violé les articles D. 312-1, R. 314-105, R. 314-137 et R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles, ensemble l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ;

2°/ que le forfait global versé par l'assurance maladie à un établissement d'hospitalisation à domicile couvre l'ensemble des soins dispensés aux personnes prises en charge par ledit service ; que par suite, la preuve de l'indu résulte du seul constat de ce que des soins de ville, dispensés à une personne pendant la période au cours de laquelle celle-ci est prise en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile, ont été facturés directement et individuellement à l'assurance maladie ; qu'en considérant que le tableau annexé à la notification d'indu qui faisait précisément état, pour chaque paiement indu, « pour chaque assuré social, la date de la prescription médicale ou paramédicale, le nom du prescripteur, le nom de l'exécutant, la date de chaque prestation et son coût » ne suffisait pas à faire la preuve de l'indu, les juges du fond ont violé les articles D. 312-1, R. 314-105, R. 314-137 et R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles et L. 133-4 du code de la sécurité sociale, ensemble l'article 1315, devenu 1353, du code civil. »

Réponse de la Cour

Vu les articles 1353 et 1358 du code civil, L. 133-4, L. 162-22-6, R. 162-32, 1°, et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, les quatre derniers dans leur rédaction applicable au litige :

4. Selon le cinquième de ces textes, les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° du quatrième comprennent le séjour et les soins avec ou sans hébergement, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'hospitalisation du patient, à l'exception de ceux faisant l'objet d'une prise en charge distincte en application des dispositions du sixième. La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

5. Il en résulte que le forfait « groupe homogène de tarif » versé à un établissement d'hospitalisation à domicile en application de l'article R. 162-32, 1°, susvisé, couvre l'ensemble des actes, prestations et produits dont a bénéficié le patient durant la période d'hospitalisation à domicile, à l'exception des frais et honoraires limitativement énumérés à l'article R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale.

6. Il appartient à l'organisme social qui engage une action en répétition de l'indu fondée, en application de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, sur la méconnaissance des règles de tarification et de facturation fixées par les articles R. 162-32, 1°, et R. 162-32-1, d'établir l'existence du paiement d'une part, son caractère indu d'autre

part. Le caractère indu du paiement résulte de ce que l'organisme social a pris en charge des actes, produits et prestations inclus dans le forfait, tel que défini au paragraphe 5.

7. Cette preuve peut être rapportée par tout moyen.

8. Pour annuler l'indu litigieux, l'arrêt énonce que les tableaux établis par la caisse permettent de constater qu'elle était en possession de chaque prescription médicale lorsqu'elle a procédé au remboursement de chaque prestation au cours de l'année 2015, mais également au moment du contrôle de facturation. Il observe que ces prescriptions n'ont jamais été remises à la société d'hospitalisation à domicile malgré plusieurs demandes en ce sens. Il affirme que pour pouvoir contester utilement l'indu, la société devait nécessairement prendre connaissance des prescriptions médicales, qui n'étaient pas en sa possession.

9. En statuant ainsi, alors que la caisse était admise à prouver l'indu par tout moyen, la cour d'appel a violé les textes susvisés.

PAR CES MOTIFS, la Cour :

CASSE ET ANNULE, en toutes ses dispositions, l'arrêt rendu le 12 février 2020, entre les parties, par la cour d'appel d'Aix-en-Provence ;

Remet l'affaire et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant cet arrêt et les renvoie devant la cour d'appel d'Aix-en-Provence autrement composée ;

Condamne la société [3] aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande formée par la société [3] et la condamne à payer à la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône la somme de 3 000 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 de l'arrêt cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du vingt-sept janvier deux mille vingt-deux. MOYEN ANNEXE au présent arrêt

Moyen produit par la SCP Boutet et Hourdeaux, avocat aux Conseils, pour la caisse primaire centrale d'assurance maladie (CPCAM) des Bouches-du-Rhône

Le moyen reproche à l'arrêt infirmatif attaqué d'AVOIR annulé la notification d'indu adressée le 14 mars 2017 par la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches du Rhône à la Sarl « [3] », débouté la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône de ses demandes de remboursement d'un indu de 21 049,37 euros, condamné la caisse primaire centrale d'assurance maladie des Bouches-du-Rhône à payer à la Sarl « [3] » la somme de 2 500 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile et aux dépens postérieurs au 1er janvier 2019, conformément aux articles 695 et 696 du code de procédure civile ;

AUX MOTIFS QUE « Par lettre recommandée du 18 octobre 2016, la caisse primaire d'assurance maladie a informé la société [3] que ses services avaient procédé à un contrôle des facturations de l'année 2015, concernant les soins de ville pour des prestations réglementairement financées par les forfaits GBT pour des patients hospitalisés à domicile, et qu'ils avaient relevé des anomalies s'élevant à 76 947,07 euros résultant, notamment, d'une double facturation. Un tableau de 194 pages récapitulant ces anomalies était joint à cette lettre qui laissait à la société [3] un délai de deux mois pour présenter ses observations.

Suite aux explications présentées par la société [3] dans son courrier recommandé daté du 23 décembre 2016, la caisse, par lettre recommandée du 14 mars 2017, a procédé à la notification d'un indu ramené à la somme de 21 049,37 euros, selon un tableau annexé comportant 104 pages. Cette notification a été contestée devant la commission de recours amiable qui a rejeté le recours par une décision du 31 octobre 2017, le tribunal ayant ensuite également rejeté la contestation de la société [3], par le jugement dont appel.

La société [3] appelante, a fait valoir que, ni les patients dont elle gérait l'hospitalisation à domicile, ni la caisse ne lui avaient jamais transmis les prescriptions médicales à partir desquelles les services de la caisse avaient procédé à des remboursements dont cette dernière estimait, au jour du contrôle (non contradictoire), qu'elles étaient incluses dans le forfait GHT. Elle fait valoir que, disposant de sa propre pharmacie, elle avait fait face à toutes les demandes de prise en charge des médicaments prescrits par les médecins traitants des patients et qu'elle n'avait donc pas à effectuer un remboursement à la caisse au titre d'un indu qui n'est pas démontré. Elle a d'ailleurs justifié des virements bancaires à destination des prestataires par les documents versés aux dossiers de chaque patient. L'appelante a également fait valoir que la caisse n'avait pas tenu compte des périodes pendant lesquelles le patient ne se trouvait plus en « hospitalisation à domicile », mais se trouvait effectivement hospitalisé. Elle a fait valoir que les dispositifs médicaux remis au patient et restant sa propriété (bas de contention, fauteuils, etc...) ne pouvaient pas être mis à sa charge. Elle a fait valoir que l'admission dans le cadre de l'hospitalisation à domicile se fait sur la base d'un projet thérapeutique excluant la prise en charge en dehors de la pathologie, notamment si le patient se trouve en EHPAD. Elle fait valoir, enfin, que certaines prestations auraient été effectuées dans le cadre d'une hospitalisation de jour et que, dans ce cas, la prestation n'entrait pas dans le forfait GHT. Elle regrette que, ni la caisse, ni le tribunal n'aient répondu à ces divers arguments.

La caisse a fait valoir que les sommes qu'elle réclamait à la société [3] entraient dans le forfait GHT de chaque patient, pour lequel cette société recevait une somme forfaitaire annuelle destinée à couvrir les prestations liées à l'hospitalisation à domicile, tels que les médicaments, les actes de biologie et les dispositifs médicaux divers. Elle a précisé qu'elle n'était pas contractuellement liée aux prestataires ayant accompli les actes litigieux (délivrance de médicaments, actes de biologie, soins de kinésithérapie, etc...) et que les conventions conclues entre ceux-ci et la société [3] lui étaient inopposables.

La cour rappelle que la société d'hospitalisation à domicile facture ses prestations à la caisse d'assurance maladie conformément à la tarification à l'activité, les tarifs devant tenir compte de la nature des soins prodigués, de la complexité de la situation clinique, de l'état de dépendance du patient, de la durée de sa prise en charge et de l'évolution de son état de santé. L'hospitalisation à domicile impose que soit établi un projet thérapeutique par le médecin traitant et le médecin coordonnateur de la société d'HAD, et éventuellement de la structure accueillant le patient (EHPAD, par exemple). La caisse d'assurance maladie est toujours avisée de la mise en place d'une hospitalisation à domicile.

La cour constate que la caisse a établi deux tableaux, le premier communiqué en octobre 2016, et le second en mars 2017, constituant le tableau définitif, chacun des deux récapitulant, pour chaque assuré social, la date de la prescription médicale ou paramédicale, le nom du prescripteur, le nom de l'exécutant, la date de chaque prestation et son coût.

Ces tableaux permettent donc de constater que la caisse était en possession de chaque prescription médicale lorsqu'elle a procédé d'abord au remboursement de chaque prestation en 2015, (analyses en laboratoire, séances de kinésithérapie, ou d'orthophonie, etc...), mais également au moment du contrôle de facturation, en octobre 2016.

Par ses écritures, la caisse a d'ailleurs confirmé qu'elle avait reçu les prescriptions médicales et les demandes de remboursement, directement des professionnels de santé que sont les pharmacies, laboratoires, kinésithérapeutes, orthophonistes et autres. Par voie de conséquence, lesdites prescriptions médicales n'ont jamais été remises à la société d'hospitalisation à domicile, qui en demande à la caisse la communication, depuis sa lettre du 23 décembre 2016. Par cette même lettre, la société [3] proposait une réunion avec les représentants de la caisse pour pouvoir clarifier la demande qu'elle contestait dans son entier. La caisse n'a pas donné suite à cette offre et a poursuivi le recouvrement de ce qu'elle estimait être un indu.

La caisse avait admis, dans sa lettre du 18 octobre 2016 que « Si vous estimez que ces anomalies présumées ne sont pas imputables à votre établissement, je vous remercie de me fournir tous les éléments en votre possession. ». Pour pouvoir apporter cette preuve, la société [3] devait donc nécessairement prendre connaissance des prescriptions médicales et des facturations litigieuses, qui n'étaient pas en sa possession. Or, la caisse n'a jamais communiqué ces documents, même devant la cour, sans jamais s'en expliquer.

Cette carence dans la production des preuves sur lesquelles la caisse fonde sa demande de remboursement d'un indu a privé et prive encore la société [3] de son droit de s'expliquer, de manière contradictoire, sur l'existence de chaque somme réclamée au titre d'un indu, dont il sera rappelé que le total s'établissait à plus de 76 000 euros en octobre 2016 et qu'il a été réduit à 21 049 euros en mars 2017, sans que la caisse n'en ait jamais donné la moindre

explication.

La société appelante fait valoir que la caisse doit apporter la preuve que les sommes dont elle lui réclame le remboursement entraînent bien dans le projet thérapeutique ayant justifié l'hospitalisation à domicile. Elle cite comme exemple l'hypothèse dans laquelle un patient hospitalisé pour une pathologie précise se ferait prescrire des médicaments sans aucun lien avec cette pathologie. Elle estime que, dans ce cas, la dépense n'aurait pas à entrer dans le forfait GBT. La caisse n'a pas contesté ce raisonnement, mais n'a pas pour autant justifié des prescriptions médicales sur lesquelles elle avait établi le premier tableau des « anomalies » d'abord, et ensuite celui des « indus ».

Or, d'une part, la caisse n'a jamais expliqué à partir de quels critères elle avait abandonné plus des deux tiers de sa notification. Par une simple approche comparative, la cour constate que le choix des réclamations est incohérent : par exemple, pour le premier assuré de la page 1/94, M. [V], des soins de kinésithérapie étaient réclamés à la société [3], mais dans la seconde liste, le nom de cet assuré n'apparaît plus : la caisse a donc abandonné sa créance, alors que, dans cette même seconde liste, elle persiste à réclamer des remboursements d'actes de kinésithérapie prodigués à d'autres assurés.

D'autre part, la carence de la caisse empêche la cour de se prononcer sur le bien-fondé de l'indu réclamé, alors que figurent, dans les tableaux, des prestations qui avaient été demandées par des hôpitaux (hôpital [5] de [Localité 7], hôpital [6], hôpital privé de [4], certains CHR et CHU de la région, etc...) et exécutés pendant plusieurs jours, sans que soit connu le lieu d'exécution de chaque prestation (ex. : soins d'orthophonie ou de kinésithérapie), ce qui laisse subsister un doute certain sur le principe d'une hospitalisation « à domicile » pour ces prestations.

Ce doute permet à la cour de considérer que les cinq arguments présentés de manière très détaillée par l'appelante au soutien de son appel sont sérieux et que la caisse se devait d'y répondre, dès le mois de décembre 2016 et, à plus forte raison, devant la cour. En tout état de cause, le dossier permet de constater que la société [3] ne pouvait avoir connaissance de l'existence des prestations faisant l'objet du litige dès lors qu'il est admis que le patient ou l'assuré social ne peut se voir privé de l'usage de sa carte « Vitale », et que, de son côté, la caisse avait été parfaitement informée de la mise en place d'une hospitalisation à domicile.

Enfin, la société [3] a justifié, dès le 23 décembre 2016, de ce qu'elle avait avisé systématiquement les laboratoires et les pharmacies de la mise en place de l'hospitalisation à domicile pour chaque patient par des télécopies dont elle a fourni la preuve, assuré par assuré, dans son dossier. Il semble que la caisse n'a pas davantage tenu compte de ces pièces qu'elle ne commente même pas.

La cour constate que la société [3] a bien apporté la preuve que les « anomalies » ne lui étaient pas imputables et que la caisse avait tous les éléments d'information suffisants pour lui permettre de s'adresser, en temps utile, aux « prestataires » concernés: pharmacies, laboratoires, infirmiers, etc...

La caisse ajoute, dans ses conclusions, que, « si l'établissement qui prend en charge l'hospitalisation à domicile n'a pas rempli son obligation de délivrer les fournitures et spécificités comprises dans le forfait GHT, les patients sont contraints, pour recevoir les soins, de faire appel à des auxiliaires médicaux externes qui facturent directement à l'Assurance Maladie ». Ainsi que l'a fait valoir l'appelante, la caisse n'apporte aucune preuve d'un refus de la société [3] d'assumer ses obligations ou d'une carence dans l'exécution de ses obligations. Elle admet très explicitement que les demandes de remboursement lui avaient bien été adressées directement et que la société [3] ne pouvait donc pas en avoir eu connaissance. Aucune preuve n'est apportée par la caisse que les sommes qu'elle réclame à la société [3] devaient rentrer dans le forfait GRT de chaque patient. La preuve de l'existence d'un indu n'est donc pas rapportée.

La cour infirme le jugement dont appel et rejette les demandes de la caisse. »

ALORS DE PREMIERE PART QUE le forfait global versé par l'assurance maladie à un établissement d'hospitalisation à domicile couvre l'ensemble des soins dispensés aux personnes prises en charge par ledit service ; qu'en retenant, pour écarter tout indu, que la CPCAM des Bouches-du-Rhône ne produisait pas les prescriptions médicales correspondant aux indus notifiés, quand ces prescriptions importaient peu dès lors qu'aucun soin de ville, dispensé à une personne pendant la période au cours de laquelle celle-ci est prise en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile, ne peut être facturé directement et individuellement à l'assurance maladie, les juges du fond ont violé les articles D. 312-1, R. 314-105, R. 314-137 et R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles, ensemble l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale ;

ALORS DE SECONDE PART QUE le forfait global versé par l'assurance maladie à un établissement d'hospitalisation à domicile couvre l'ensemble des soins dispensés aux personnes prises en charge par ledit service ; que par suite, la preuve de l'indu résulte du seul constat de ce que des soins de ville, dispensés à une personne pendant la période au cours de laquelle celle-ci est prise en charge par un établissement d'hospitalisation à domicile, ont été facturés directement et individuellement à l'assurance maladie ; qu'en considérant que le tableau annexé à la notification d'indu qui faisait précisément état, pour chaque paiement indu, « pour chaque assuré social, la date de la prescription médicale ou paramédicale, le nom du prescripteur, le nom de l'exécutant, la date de chaque prestation et son coût » ne suffisait pas à faire la preuve de l'indu, les juges du fond ont violé les articles D. 312-1, R. 314-105, R. 314-137 et R. 314-138 du code de l'action sociale et des familles et L. 133-4 du code de la sécurité sociale, ensemble l'article 1315, devenu 1353, du code civil.