

CIV. 2

LM

COUR DE CASSATION

Audience publique du 27 janvier 2022

Rejet

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 110 FS-B

Pourvoi n° G 20-11.702

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 d'assurance maladie du Rhône, dont le siège est [Adresse 2], a formé le pourvoi n° G 20-11.702 contre l'arrêt rendu le 26 novembre 2019 par la cour d'appel de Lyon (protection sociale), dans le litige l'opposant :

1°/ à l'[4], dont le siège est [Adresse 3],

2°/ à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain, dont le siège est pôle des affaires juridiques, [Adresse 5],

3°/ à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, dont le siège est [Adresse 1],

défenderesses à la cassation.

L'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé a formé un pourvoi incident contre le même arrêt.

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

La demanderesse au pourvoi incident invoque, à l'appui de son recours, les deux moyens de cassation annexés au présent arrêt.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de Mme Vignerat, conseiller référendaire, les observations de la SCP Foussard et Froger, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, de la SCP Yves et Blaise Capron, avocat de l'[4], 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 (Lyon, 26 novembre 2019), à la suite d'un contrôle portant sur l'année 2011, l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé (l'association) s'est vu notifier, le 30 avril 2014, un indu par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône (la caisse), agissant tant pour son compte que pour celui des caisses primaires d'assurance maladie de l'Isère et de l'Ain.

2. Sa contestation ayant été rejetée par chacune des commissions de recours amiable des caisses intéressées, l'association a saisi de recours une juridiction de sécurité sociale.

Examen des moyens

Sur les moyens du pourvoi incident, ci-après annexés

3. En application de l'article 1014, alinéa 2, du code de procédure civile, il n'y a pas lieu de statuer par une décision spécialement motivée sur le premier moyen, qui est irrecevable, et sur le second moyen, qui n'est manifestement pas de nature à entraîner la cassation.

Et sur le moyen du pourvoi principal

Enoncé du moyen

4. La caisse fait grief à l'arrêt de rejeter sa demande en remboursement de l'indu, alors :

« 1°/ que les forfaits d'hospitalisation à domicile couvrent l'ensemble des produits et prestations délivrés au bénéfice des patients, à l'exception de ceux spécialement visés à l'article R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; que la caisse rapporte la preuve de l'indu qu'elle réclame à une association exerçant une activité d'hospitalisation à domicile, au moyen d'un tableau mentionnant, pour chaque anomalie, l'identité de l'assuré, les dates de son séjour en hospitalisation à domicile, la nature exacte de la prestation ou le code de remboursement du produit, les dates de prescription et de délivrance, l'identité du professionnel de santé prescripteur, l'identité du professionnel de santé exécutant, le montant

remboursé et la date de mandatement ; qu'il appartient alors à l'association d'apporter des éléments pour contester l'inobservation des règles de facturation et de tarification retenue par la caisse à son encontre ; qu'en retenant que le tableau produit par la caisse était insuffisant pour établir l'indu réclamé à l'association, les juges du fond ont violé les articles L. 133-4 du code de la sécurité sociale et 1315 ancien (1353 nouveau) du code civil, ensemble les articles R. 162-32 et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;

2°/ qu'en tout état de cause, en retenant que le tableau produit par la caisse était insuffisant pour établir l'indu réclamé à l'association, sans s'expliquer quant à la teneur dudit tableau, lequel, mentionnait, pour chaque anomalie, l'identité de l'assuré, les dates de son séjour en hospitalisation à domicile, la nature exacte de la prestation ou le code de remboursement du produit, les dates de prescription et de délivrance, l'identité du professionnel de santé prescripteur, l'identité du professionnel de santé exécutant, le montant remboursé et la date de mandatement, les juges du fond ont, à tout le moins, privé leur décision de base légale au regard des articles L. 133-4 du code de la sécurité sociale et 1315 ancien (1353 nouveau) du code civil, ensemble les articles R. 162-32 et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;

3°/ que s'agissant plus spécialement des médicaments, en statuant comme elle l'a fait, au motif erroné que le tableau établi par la caisse, faute de comporter le libellé exact des produits délivrés, ne permettait pas à l'association d'effectuer les vérifications nécessaires, les juges du fond ont violé les articles L. 133-4 du code de la sécurité sociale et 1315 ancien (1353 nouveau) du code civil, ensemble les articles R. 162-32 et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale. »

Réponse de la Cour

5. Selon l'article R. 162-32, 1°, du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction applicable au litige, les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 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 de l'article R. 162-32-1. La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits.

6. 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°, précité, couvre l'ensemble des actes, produits et prestations 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.

7. 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 6.

8. Conformément à l'article 1358 du code civil, cette preuve peut être rapportée par tout moyen.

9. L'arrêt relève que la caisse verse aux débats un tableau détaillé reprenant les produits, prestations et médicaments facturés pour le compte des patients en hospitalisation à domicile au cours de celle-ci. Il énonce que la seule production d'un tableau établi par la caisse sans autre élément ne permet pas d'établir la réalité du double paiement intervenu que l'association ne peut pas vérifier, s'agissant d'un remboursement qui n'est pas effectué entre ses mains mais à un professionnel libéral. Il ajoute que les prestations correspondant notamment à la délivrance de médicaments ne sont pas libellées dans le tableau, hormis le taux de remboursement, et qu'aucun contrôle ne peut donc être effectué par l'association au vu du seul nom du patient et des dates de l'hospitalisation. Il relève enfin que l'exécution des prestations ne peut être contrôlée, quand bien même l'association dispose du dossier médical du patient.

10. C'est dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation souveraine des éléments de fait et de preuve débattus devant elle

que la cour d'appel a estimé que la caisse ne rapportait pas la preuve du caractère indu des paiements litigieux.

11. Le moyen n'est, dès lors, pas fondé.

PAR CES MOTIFS, la Cour :

REJETTE tant le pourvoi principal que le pourvoi incident ;

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande formée par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône et la condamne à payer à l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé la somme de 3 000 euros ;

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.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyen produit au pourvoi principal par la SCP Foussard et Froger, avocat aux Conseils, pour la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône

L'arrêt attaqué encourt la censure ;

EN CE QU'il a, infirmant le jugement, débouté la CPAM du RHONE de sa demande de remboursement d'indu ;

AUX MOTIFS QUE « L'hospitalisation à domicile (HAD) prévue par l'article R. 6121-4-1 du code de la santé publique est destinée à apporter à domicile des soins continus et coordonnés à des patients souffrant de pathologies graves, aiguës ou chroniques. L'HAD fait l'objet d'un financement au moyen de forfaits quotidiens dénommés Groupes homogènes de Tarifs (GHT), conformément aux dispositions de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale (anc. art. R. 162-32) qui énonce que : "Les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 sont les suivantes : 1° 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 de l'article R. 162-33-2 (...). La prise en charge des frais occasionnés par ces prestations est assurée par des forfaits (...)" . L'article R. 162-33-2 du même code précise toutefois que "1° Sont exclus de tous les forfaits mentionnés à l'article R. 162-33-1 et font l'objet d'une prise en charge distincte les frais afférents à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ; 2° Sous réserve des dispositions du 4°, sont exclus des forfaits des établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6, à l'exception des établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 : a) Les honoraires des praticiens, y compris ceux afférents aux examens de biologie médicale, et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement. b) Les honoraires des auxiliaires médicaux, à l'exclusion de ceux afférents aux soins infirmiers (...)" ; L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable au litige énonce 'qu'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 résulte de l'application de ces textes qu'il appartient à la caisse primaire d'assurance maladie qui se prévaut d'un indu dont elle sollicite le remboursement de rapporter la preuve qu'elle a pris en charge des produits, prestations, honoraires ou médicaments, non exclus des forfaits versés à l'association et rendant indu la part correspondante du forfait, c'est à dire qu'elle a procédé à un double paiement de factures. En l'espèce, la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône verse aux débats le tableau

détaillé tel qu'indiqué ci-dessus (paragraphe "Sur la régularité de la notification de payer") reprenant les produits, prestations et médicaments facturés pour le compte des patients de l'HAD au cours de celle-ci. Les premiers juges ne pouvaient retenir que l'[4] ne contestait pas ces décomptes alors même que celle-ci indiquait ne pas être en mesure de les vérifier, notamment s'agissant des prescriptions de médicaments qui ne sont pas identifiés autrement que par leur seul taux de remboursement. Par ailleurs, la caisse primaire ne peut être suivie lorsqu'elle affirme que la seule mention concordante des dates de séjour en HAD et des dates de délivrance des médicaments ou des prestations suffit à établir la cause de la facturation suivant le principe du "tout compris", ce qui revient à dire que l'ensemble des prescriptions intervenues durant la période de l'HAD est inclus dans le forfait et qu'il revient à l'[4] lorsqu'elle le conteste, d'en apporter la preuve contraire. En effet, le principe du "tout compris" tel qu'exposé par la caisse, ne ressort pas de la lecture des textes qui précèdent puisqu'en effet sont financés au moyen des forfaits GHT le séjour et les soins représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la seule hospitalisation du patient. La seule production d'un tableau établi par la caisse sans autre élément ne permet pas d'établir en premier lieu la réalité du double paiement intervenu que L'association d'hospitalisation à domicile Soins et Santé ne peut pas vérifier s'agissant d'un remboursement qui n'est pas effectué entre ses mains mais à un professionnel libéral. Ensuite, les prestations correspondant notamment à la délivrance de médicaments ne sont pas libellées dans le tableau (hormis le taux de remboursement : PH4, PH7 etc) et aucun contrôle ne peut donc être effectué par l'association au vu du seul nom du patient et des dates de l'hospitalisation. De même, l'exécution des prestations ne peut être contrôlée, quand bien même l'association dispose du dossier médical du patient en HAD puisqu'il ne peut être exclu en effet, ainsi que l'observe l'appelante, que des prestations ou médicaments soient délivrés dans un autre cadre que celui de l'HAD ou une prestation délivrée avant la prise en charge en HAD mais facturée durant cette période. Dès lors, l'[4] est fondée à soutenir que c'est uniquement si les prescriptions médicales délivrées au bénéfice des patients en [4] et les paiements opérés par la caisse en règlement de produits fournis ou de prestations dispensées sont versées aux débats, qu'elle peut procéder à un contrôle et que l'indu peut être vérifié. Dans ces conditions, et en l'absence de toute preuve de l'existence de la cause de l'obligation prétendue, la notification établie par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône n'apparaît pas fondée. La caisse primaire d'assurance maladie du Rhône sera donc déboutée de sa demande et le jugement sera infirmé en ce qu'il a condamné l'[4] à lui verser la somme de 56 562,31 euros » ;

ALORS QUE, premièrement, les forfaits d'hospitalisation à domicile couvrent l'ensemble des produits et prestations délivrés au bénéfice des patients, à l'exception de ceux spécialement visés à l'article R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ; que la Caisse rapporte la preuve de l'indu qu'elle réclame à une association exerçant une activité d'hospitalisation à domicile, au moyen d'un tableau mentionnant, pour chaque anomalie, l'identité de l'assuré, les dates de son séjour en hospitalisation à domicile, la nature exacte de la prestation ou le code de remboursement du produit, les dates de prescription et de délivrance, l'identité du professionnel de santé prescripteur, l'identité du professionnel de santé exécutant, le montant remboursé et la date de mandatement ; qu'il appartient alors à l'association d'apporter des éléments pour contester l'inobservation des règles de facturation et de tarification retenue par la Caisse à son encontre ; qu'en retenant que le tableau produit par la Caisse était insuffisant pour établir l'indu réclamé à l'[4], les juges du fond ont violé les articles L. 133-4 du code de la sécurité sociale et 1315 ancien [1353 nouveau] du code civil, ensemble les articles R. 162-32 et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, deuxièmement, et en tout état, en retenant que le tableau produit par la Caisse était insuffisant pour établir l'indu réclamé à l'[4], sans s'expliquer quant à la teneur dudit tableau, lequel, mentionnait, pour chaque anomalie, l'identité de l'assuré, les dates de son séjour en hospitalisation à domicile, la nature exacte de la prestation ou le code de remboursement du produit, les dates de prescription et de délivrance, l'identité du professionnel de santé prescripteur, l'identité du professionnel de santé exécutant, le montant remboursé et la date de mandatement, les juges du fond ont, à tout le moins, privé leur décision de base légale au regard des articles L. 133-4 du code de la sécurité sociale et 1315 ancien [1353 nouveau] du code civil, ensemble les articles R. 162-32 et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale ;

ALORS QUE, troisièmement, et s'agissant plus spécialement des médicaments, en statuant comme elle l'a fait, au motif erroné que le tableau établi par la Caisse, faute de comporter le libellé exact des produits délivrés, ne permettait pas à l'association d'effectuer les vérifications nécessaires, les juges du fond ont violé les articles L. 133-4 du code de la sécurité sociale et 1315 ancien [1353 nouveau] du code civil, ensemble les articles R. 162-32 et R. 162-32-1 du code de la sécurité sociale. Moyens produits au pourvoi incident par la SCP Yves et Blaise Capron, avocat aux Conseils, pour l'[4]

PREMIER MOYEN DE CASSATION

Il est fait grief à l'arrêt attaqué D'AVOIR dit que les dispositions du jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale de Lyon en date du 2 mai 2018 concernant les demandes de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère n'étaient pas susceptibles d'appel et D'AVOIR déclaré en conséquence irrecevable l'appel interjeté par l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé à l'encontre de ce jugement en ce qu'il portait condamnation au profit de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère ;

AUX MOTIFS QUE « l'article R. 142-25, 1er alinéa, du code de la sécurité sociale dispose que : " Le tribunal des affaires de sécurité sociale statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 4 000 euros ". / L'article 35 du code de procédure civile énonce que : " Lorsque plusieurs prétentions fondées sur des faits différents et non connexes sont émises par un demandeur contre le même adversaire et réunies en une même instance, la compétence et le taux du ressort sont déterminés par la nature et la valeur de chaque prétention considérée isolément. Lorsque les prétentions réunies sont fondées sur les mêmes faits ou sont connexes, la compétence et le taux du ressort sont déterminés par la valeur totale de ces prétentions ". / En l'espèce, l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de Lyon de trois recours distincts contre les décisions des commissions de recours amiable des caisses primaires du Rhône, de l'Ain et de l'Isère. / Le tribunal a ordonné d'office la jonction des trois instances et a condamné l'[4] à payer, par trois chefs de dispositif distincts, à la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône la somme de 56 562, 31 euros, à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain celle de 1 599, 85 euros et à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère celle de 3 662, 5 » euros, soit les sommes objets de leurs demandes respectives. / Il est constant que la jonction ne crée pas une instance unique mais réunit des procédures qui demeurent distinctes. / Cette mesure d'administration judiciaire ordonnée en l'espèce par les premiers juges ne peut avoir pour effet de transformer plusieurs demandes de différentes parties en une demande unique, ni conférer à ces demandes une valeur indéterminée, ce que les premiers juges n'ont d'ailleurs pas entendu faire en distinguant divers chefs de condamnation au terme du dispositif de leur jugement, quand bien même ce jugement a été qualifié à tort de " rendu en premier ressort ", sans distinction. / Dès lors, la jonction opérée en l'espèce n'appelle pas de nouvelle évaluation du litige au titre de l'article 35 alinéa 2 et ne modifie ni la compétence, ni le taux du ressort. / Il y a lieu par conséquent de dire que les dispositions du jugement concernant les demandes des caisses primaires de l'Ain et de l'Isère dont les montants respectifs (1 599, 85 euros et 3 662, 53 euros) étaient inférieurs au taux du dernier ressort devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, soit 4 000 euros, non susceptibles d'appel. / L'appel formé par l'[4] à l'encontre du jugement en ce qu'il porte sur les condamnations au profit de ces deux caisses est donc irrecevable » (cf., arrêt attaqué, p. 5) ;

ALORS QUE lorsque des prétentions sont émises, dans une même instance et en vertu d'un titre commun, par plusieurs demandeurs ou contre plusieurs défendeurs, la compétence et le taux du ressort sont déterminés pour l'ensemble des prétentions, par la plus élevée d'entre elles ; qu'en disant, dès lors, que les dispositions du jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale de Lyon en date du 2 mai 2018 concernant les demandes de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère n'étaient pas susceptibles d'appel et en déclarant en conséquence irrecevable l'appel interjeté par l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé à l'encontre de ce jugement en ce qu'il portait condamnation au profit de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, quand c'était par une notification de payer unique en date du 30 avril 2014 que la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain et la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère avaient notifié à l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé les indus dont elles demandaient le remboursement, quand, dès lors, les prétentions de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère étaient émises en vertu d'un titre commun et quand il en résultait, dès lors que la plus élevée de ces prétentions était celle de la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône qui tendait à la condamnation de l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé à lui payer la somme de 56 562, 31 euros, que les dispositions du jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale de Lyon en date du 2 mai 2018 concernant les demandes de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Ain et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère étaient susceptibles d'appel, la cour d'appel a violé les dispositions de l'article 36 du code de procédure civile et de l'article R. 142-25 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable à la cause.

SECOND MOYEN DE CASSATION, SUBSIDIAIRE, DANS L'HYPOTHÈSE OÙ LE POURVOI EN CASSATION PRINCIPAL FORMÉ PAR LA CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DU RHONE SERAIT ACCUEILLI

Il est fait grief à l'arrêt attaqué D'AVOIR rejeté l'ensemble des moyens tirés de l'irrégularité de la procédure de notification d'indu diligentée par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône à l'encontre de l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé ;

AUX MOTIFS PROPRES QUE « l'article R. 133-9-2 du code de la sécurité sociale énonce que 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. / Le tribunal a exactement relevé que la lettre du 16 décembre 2013 adressée à l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône faisait mention, suivant le tableau joint, des mentions requises (motif, nature et montant des sommes réclamées, dates) dès lors qu'y figurent : le nom et la date de naissance du bénéficiaire des soins ; les dates de début et fin de séjour HAD ; le numéro de facture du séjour HAD ; le numéro de prescripteur de la prestation indue ; le numéro d'exécutant de la prestation indue ; la date d'exécution de la prestation indue et sa date de fin ; la nature de la prestation indue ; le code de la prestation indue ; le libellé du dispositif LPP ; le numéro de facture de la prestation indue ; la date du mandatement ; le montant remboursé ; le montant indu. / Par conséquent, les conditions posées par l'article R. 133-9-2 étaient remplies étant précisé que si par endroit, la colonne " code de la prestation lpp " n'est pas renseignée, c'est que la somme indue ne concerne alors pas une prestation mais un médicament (repris sous les codes PH4, PH7, etc.) ; / le moyen soulevé par l'[4] à ce titre est donc inopérant. / [] L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable au litige énonce " qu'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 résulte de l'application de ces textes qu'il appartient à la caisse primaire d'assurance maladie qui se prévaut d'un indu dont elle sollicite le remboursement de rapporter la preuve qu'elle a pris en charge des produits, prestations, honoraires ou médicaments, non exclus des forfaits versés à l'association et rendant indue la part correspondante du forfait, c'est-à-dire qu'elle a procédé à un double paiement de factures. / [] les prestations correspondant notamment à la délivrance de médicaments ne sont pas libellées dans le tableau (hormis le taux de remboursement : PH4, PH7, etc.) et aucun contrôle ne peut donc être effectué par l'association au vu du seul nom du patient et des dates de l'hospitalisation » (cf., arrêt attaqué, p. 6 ; p. 8 et 9) ;

ET AUX MOTIFS ADOPTÉS QUE « l'article R. 133-9-2 du code de la sécurité sociale, visé par la Cnam du Rhône, dispose que : " 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 () ". / Attendu que la notification d'indu en date du 30 avril 2014 est accompagnée d'un tableau faisant mention : du nom et de la date de naissance des patients concernés, de la date d'hospitalisation prise en charge par l'association et du numéro de facture du séjour ; du prescripteur et de l'exécutant de la prestation à l'origine de la facture indue ; de la date, de la nature et du code de la prestation indue ; de la liste des médicaments et produits facturés à l'assurance maladie ; de la date et du montant du remboursement effectué par l'assurance maladie pour chaque patient. / Attendu qu'il résulte de ces mentions que l'association a bien eu connaissance du motif, de la nature et du montant de l'indu ainsi que de celle de la date des paiements, de sorte que la motivation de la notification d'indu comportait l'ensemble des éléments exigés par l'article R. 133-9-2 précité » (cf., jugement entrepris, p. 8 et 9) ;

ALORS QUE, de première part, les dispositions de l'article R. 133-9-1 du code de la sécurité sociale, et non celles de l'article R. 133-9-2 du code de la sécurité sociale, sont applicables en cas de mise en oeuvre des dispositions de l'article L. 133-4 du code de sécurité sociale ; qu'en examinant, dès lors, la régularité de la procédure de notification d'indu diligentée par la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône à l'encontre de l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé au regard des dispositions de l'article R. 133-9-2 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable à la cause, et non des dispositions de l'article R. 133-9-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction

applicable à la cause, quand elle retenait elle-même que la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône mettait en oeuvre les dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, la cour d'appel a violé les dispositions des articles L. 133-4, R. 133-9-1 et R. 133-9-2 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable à la cause ;

ALORS QUE, de deuxième part, la notification de payer et la mise en demeure prévues à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale doivent préciser la cause, la nature et le montant des sommes réclamées ; qu'en retenant que les énonciations des tableaux accompagnant les lettres en date du 16 décembre 2013 et du 30 avril 2014 permettaient de connaître le motif, la nature et le montant des sommes réclamées, quand il ne résultait pas de ses constatations que les énonciations des tableaux permettaient de connaître, de manière précise, la raison pour laquelle les actes de soins ayant, selon la caisse primaire d'assurance maladie du Rhône, donné lieu à un paiement indu, avaient été réalisés, la cour d'appel a violé les dispositions des articles L. 133-4 et R. 133-9-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable à la cause ;

ALORS QUE, de troisième part, la notification de payer et la mise en demeure prévues à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale doivent préciser la cause, la nature et le montant des sommes réclamées ; qu'en retenant que les énonciations des tableaux accompagnant les lettres en date du 16 décembre 2013 et du 30 avril 2014 permettaient de connaître le motif, la nature et le montant des sommes réclamées, quand elle relevait qu'hormis leur taux de remboursement, les prestations correspondant à la délivrance des médicaments n'étaient pas libellées dans ces tableaux et qu'aucun contrôle ne pouvait donc être effectué par l'association d'hospitalisation à domicile Soins et santé à ce sujet et, donc, que, s'agissant des médicaments délivrés, les tableaux en cause ne respectaient pas les prescriptions de l'article R. 133-9-1 du code de la sécurité sociale, la cour d'appel n'a pas tiré les conséquences qui s'évinçaient de ses propres constatations et a violé les dispositions des articles L. 133-4 et R. 133-9-1 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable à la cause.