

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE
POLE SOCIAL
34 rue Raynal
12000 RODEZ
Téléphone 05.65.73.15.33 - Fax 05.65.73.19.57

Affaire : N° RG 18/00416 - N° Portalis
DBWZ-W-B7B-CBZZ

Demandeur:
**CENTRE HOSPITALIER LA
CHARTREUSE**

Défendeur :
MSA MIDI-PYRENEES NORD

DESTINATAIRE

Maître Omar YAHIA
56, rue de Londres
75008 PARIS

NOTIFICATION

Je vous adresse pour information, la décision qui a été prononcée **le Vendredi 11 Octobre 2019**,

Vous trouverez ci-annexée une copie conforme de cette décision.

Fait à RODEZ, le 11 Octobre 2019

Le Greffier



Il est rappelé que cette décision :

0 ~~rendue~~ **rendue en premier ressort est susceptible d'appel** (article 024 du décret n° 58-1291 du 22/12/1958). L'appel peut être interjeté dans le **délai d'un mois** à compter de la présente notification par pli recommandé ou déclaration, accompagné de la copie de la décision, au Greffe de la Cour d'Appel :
COUR D'APPEL - Chambre Sociale - 34023 MONTPELLIER CEDEX

0 **rendue en dernier ressort est susceptible de pourvoi en cassation** (article 53 du décret n° 58-1291 du 22/12/1958). Votre pourvoi peut être formé dans un **délai de deux mois** à partir de la présente notification, **par le ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation.**

0 **statue sur la compétence, elle est susceptible d'appel** (art. 83 et s. du Code susvisé). L'appel doit être formé dans les **quinze jours** à compter de la présente notification. La déclaration d'appel précise qu'elle est dirigée contre un jugement statuant sur la compétence et doit, à peine d'irrecevabilité, être motivée, soit dans la déclaration elle-même, soit dans des conclusions jointes à cette déclaration.

0 n'est pas susceptible d'appel en l'état.

0 n'est pas susceptible de pourvoi en cassation en l'état.

Dans l'hypothèse où le jugement vous condamne à rembourser votre dette envers l'Organisme auquel vous êtes opposé, vous devez adresser votre règlement directement à ce dernier et non au Secrétariat du Tribunal.

MINUTE N° : 19/00202
JUGEMENT DU : 11 Octobre 2019
DOSSIER N° : N° RG 18/00416 - N° Portalis DBWZ-W-B7B-CBZZ
AFFAIRE : Société CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE C/ MSA
MIDI-PYRENEES NORD

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE RODEZ

POLE SOCIAL

COMPOSITION DU TRIBUNAL

PRÉSIDENT : Alexandre LAINE, statuant seul, avec l'accord des parties, après avoir recueilli l'avis de l'assesseur présent, conformément à l'article L218-1 du Code de l'organisation judiciaire,

ASSESSEURS : Karine VERMEUIL,

GREFFIER : Laurent MARTY,

PARTIES :

DEMANDERESSE

CENTRE HOSPITALIER LA CHARTREUSE, dont le siège social est sis 3 AVENUE CAYLET - 12200 VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE représentée par Me OMAR YAHIA, avocat au barreau de PARIS,

DEFENDERESSE

MSA MIDI-PYRENEES NORD, dont le siège social est sis 180 avenue Marcel Unal - 82000 MONTAUBAN représentée par Monsieur Christophe LACAZE, en vertu d'un pouvoir régulier,

Débats tenus à l'audience du : 26 Juin 2019

Date de délibéré indiquée par le Président : 30 août 2019

Jugement prononcé à l'audience du 11 Octobre 2019, par mise à disposition au greffe

FAITS ET PROCÉDURE

Au mois de juin 2015, l'agence régionale de santé de Midi-Pyrénées (ARS) a procédé au contrôle du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue, pour la période comprise entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2013, au titre de la tarification à l'activité (T2A).

Par lettre du 28 novembre 2016, la mutualité sociale agricole de Midi-Pyrénées (MSA) a notifié au centre hospitalier un indu d'un montant de 110 416,51 euros, au titre du contrôle de la T2A.

Le 4 février 2017, le centre hospitalier a saisi la commission de recours amiable en contestation de cet indu.

Par requête du 5 mai 2017, le centre hospitalier a saisi le tribunal des affaires de sécurité sociale de l'Aveyron en contestation de la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable.

L'affaire a été rappelée devant le pôle social du tribunal de grande instance de Rodez à l'audience du 26 juin 2019, en application de l'article 114, I, de la loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle et de l'article 16 du décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale.

Conformément aux dispositions de l'article 17 du Décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale les nouvelles dispositions relatives à la procédure devant les juridictions sont applicables aux instances en cours.

MOYENS ET PRÉTENTIONS DES PARTIES

Le centre hospitalier, représenté par son conseil, demande au tribunal :

— *in limine litis* de surseoir à statuer sur le recours dans l'attente de l'appréciation, par le Conseil d'État, de la légalité de l'instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010.

— Sur le fond, d'annuler la notification de payer du 28 novembre 2016, d'ordonner l'exécution provisoire du jugement à intervenir, de condamner les caisses défenderesses à lui payer la somme de 5 000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile ainsi qu'aux entiers dépens.

Il fait essentiellement valoir que l'appréciation de l'instruction frontière est nécessaire à la solution du litige, qu'elle est dotée d'une valeur impérative pour les praticiens-conseils, qu'elle comporte des dispositions impératives à caractère général qui sont illégales en ce qu'elles ajoutent à la loi, que la question préjudicielle posée au Conseil d'État présente un caractère sérieux.

Sur le fond, le centre hospitalier expose notamment que l'action en recouvrement est prescrite, que la procédure de contrôle est irrégulière en ce que la programmation a été définie par deux décisions de l'ARS alors que l'article R. 162-42-9 du code de la sécurité sociale n'en prévoit qu'une, que le rapport de contrôle n'est pas signé, ni daté, ce qui méconnaît les dispositions de l'article R. 162-42-10 du code de la sécurité

sociale, que l'émetteur de la notification de payer ne justifie pas d'une délégation suffisante pour l'émettre et la signer, ce qui entraîne sa nullité, qu'aucune mise en demeure n'a été émise au titre de la procédure de recouvrement, que la MSA n'a pas de compétence pour procéder au recouvrement de l'indu au profit d'autres caisses de sécurité sociale, en l'absence de texte particulier l'y autorisant, que l'indu est mal fondé, en ce qu'il s'appuie sur l'instruction du 15 juin 2010 qui est inapplicable, que pour les dossiers n° 148, 154 et 222, les séjours doivent relever d'une prise en charge au titre d'un groupe homogène de séjour (GHS) et non d'une prise en charge en séjour externe, compte tenu des risques résultant de l'état de santé des patients, que pour le dossier n° 213, le GHS est justifié, puisque la réalisation d'un *transversus abdominis plane block* (TAP) suppose un acte d'anesthésie, lequel entraîne nécessairement une hospitalisation du patient, que pour les dossiers n° 336 et 390, les codages DAS E66.91 sont conformes au guide méthodologique et ne sont pas erronés.

La MSA, régulièrement représentée, demande au tribunal de rejeter la demande de sursis à statuer, de valider l'indu notifié à hauteur de la somme de 4 824,12 euros, de condamner le centre hospitalier à lui payer la somme de 1 000 euros sur le fondement des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile.

Subsidiairement, elle demande au tribunal d'ordonner au centre hospitalier de lui communiquer l'arrêt du Conseil d'État et de fixer le sursis à statuer à une durée maximale d'un an.

Elle fait essentiellement valoir que l'instruction DGOS/R n° 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) n'est qu'interprétative et n'ajoute pas de condition à l'arrêté du 19 février 2009, applicable au contrôle, que la solution du litige ne dépend pas de cette instruction, qui ne lie pas le tribunal et qu'en conséquence, il n'y a pas lieu de saisir le Conseil d'État d'une question préjudicielle.

Elle ajoute donner acte au centre hospitalier de ce que les séjours portant les numéros OGC n° 112, 124, 188, 196, 201, 334 et 308 sont prescrits pour leur montant total s'élevant à 6 727,70 euros.

Elle expose également que la procédure de contrôle est régulière, en ce qu'un seul programme de contrôle a été diligenté, par deux arrêtés, du 1^{er} août 2014 et du 9 février 2015 et qu'en tout état de cause, l'existence de deux programmes à la supposer établie, n'est pas une cause de nullité de la procédure. Elle ajoute que le rapport est bien signé par le médecin responsable du contrôle, le docteur Djamel BOUAMAMA, que le rapport comporte également une date et qu'il a été notifié par lettre recommandée avec avis de réception. Elle fait encore valoir que son directeur adjoint dispose d'une délégation du directeur général de la caisse régionale, que cette délégation n'a pas été limitée par la fixation d'un montant maximum, qu'elle ne pouvait adresser de mise en demeure à ce stade de la procédure, puisque la commission de recours amiable a été saisie dès la notification de l'indu, que désormais le tribunal se trouve saisi du bien-fondé de l'indu et que cette question doit être tranchée avant de reprendre la procédure de recouvrement. Elle ajoute avoir notifié l'indu en qualité de caisse référente, au nom et pour le compte de différentes caisses et régimes sur mandats exprès conférés et produits aux pièces des diverses caisses, que dans la présente instance, la production de tels mandats n'est pas nécessaire dans la mesure où le litige intéresse son propre indu.

Sur l'indu litigieux, elle fait essentiellement valoir les éléments suivants :

— le séjour OGC 148 correspond à un dossier pour lequel l'état de fragilité du patient n'est pas établi, puisque le dossier médical n'était constitué que d'une lettre de sortie, qu'en l'absence de contenu conforme à celui prescrit par l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, le dossier ne pouvait donner lieu à une prestation valorisée en soin externe

— le séjour OGC 390 correspond à un patient atteint d'obésité sans que toutefois cette pathologie n'ait donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique, notamment dans le dossier infirmier, qui n'indique pas d'aide au lever et à la toilette, rendues nécessaires par l'obésité, que le codage retenu par l'établissement ne peut donc pas être justifié.

— les séjours OGC 154 et 222 correspondent à des ponctions pleurales, pour lesquelles l'établissement justifie la facturation d'un GHS sur le fait que les patients étaient fragiles, mais que ces dossiers ne tracent pas de surveillance infirmière, de prise en charge du terrain fragile, de surveillance de la tolérance de l'acte, de sorte que cet état n'est pas établi et que dès lors la valorisation d'une prise en charge par un GHS n'est pas justifiée,

— les séjours OGC 161 et 234 correspondent à la facturation d'un GHS pour la réalisation d'une ponction d'ascite, à la place d'un forfait SE3, sur le fait qu'une perfusion d'albumine a été réalisée en plus, que toutefois, il n'est pas présenté de lettre de sortie explicitant la prise en charge réalisée, ni la preuve de la délivrance ou de l'administration d'albumine,

— le séjour OGC 213 correspond à la réalisation d'une prise en charge de douleurs par *transversus adbominis plane block* (TAP Block), pour laquelle l'établissement justifie la facturation d'un GHS du fait que cette réalisation suppose une anesthésie, alors que l'acte, codé ne figure pas à la classification commune des actes médicaux susceptibles d'être remboursés par l'assurance maladie, qu'en outre, l'acte a été réalisé sous anesthésie locale, réalisable en soins externes,

— les séjours 212, 136, 42,43,44 et 219 pour lesquels le montant indu s'élève à 1 782,83 euros, ne sont ni prescrits, ni contestés par le centre hospitalier devant le tribunal.

MOTIFS DE LA DÉCISION

Sur la demande de sursis à statuer

L'article 378 du code de procédure civile dispose que la décision de sursis à statuer suspend le cours de l'instance pour le temps ou jusqu'à la survenance de l'événement qu'elle détermine.

Il résulte de ce texte que le juge judiciaire, saisi d'une question touchant à la légalité d'un acte administratif, n'est tenu de surseoir à statuer que si cette exception présente un caractère sérieux et porte sur une question préjudicielle dont la solution est nécessaire au règlement du litige.

Il est constant qu'une instruction, comme une circulaire, est dépourvue de valeur normative, puisqu'elle se limite à donner des instructions aux services pour l'application des lois et des décrets. Si la publication d'une

instruction peut la rendre opposable à l'autorité qui l'a émise, elle ne lui confère pas pour autant une valeur normative.

En l'espèce, le centre hospitalier conteste la légalité de l'instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010, relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Cette instruction interprète les dispositions combinées de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et de l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, dans leurs versions applicables au présent litige.

À supposer même que le contrôle repose intégralement sur l'interprétation de ces textes telle qu'elle ressort de l'instruction du 15 juin 2010, la solution du présent litige ne saurait dépendre de la légalité de ce dernier texte, qui est dépourvu de valeur normative.

Ainsi, le centre hospitalier est fondé à critiquer l'interprétation de l'article L. 162-22-6 et de l'arrêté du 19 février 2009 précités, telle que retenue par l'ARS, sans qu'il soit nécessaire de faire annuler l'instruction dont elle résulte.

Il résulte de ces éléments que la solution du présent litige n'est aucunement influencée par la légalité de l'instruction du 15 juin 2010 précitée et que la solution de la question préjudicielle posée par le centre hospitalier n'est pas nécessaire à la résolution dudit litige.

En conséquence, il y a lieu de rejeter la demande de sursis à statuer formée par le centre hospitalier.

Sur la procédure de contrôle

L'article R. 162-42-9, alinéa 1^{er}, du code de la sécurité sociale, pris dans sa version en vigueur applicable au présent litige, indique :

« La commission de contrôle propose au directeur général de l'agence régionale de santé le programme de contrôle régional annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'unité de coordination régionale du contrôle externe placée auprès d'elle. Cette unité coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'agence régionale de santé et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle ».

L'article R. 162-42-10, du même code, pris dans sa version en vigueur applicable au présent litige, indique :

« L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence ».

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous-facturations.

L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent. Les personnes chargées du contrôle exercent leur mission dans les conditions prévues à l'article R. 166-1.

À l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'il date et signe mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent.

À compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, le médecin chargé de l'organisation du contrôle transmet à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement.

Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre. ».

Il résulte du premier de ces deux textes que si un programme annuel peut intégrer différents types d'établissements, la délibération l'adoptant doit être unique.

Il résulte toutefois de la combinaison de ces textes que l'inobservation des dispositions de l'article R.162-42-9 du code de la sécurité sociale n'est pas de nature à rendre nul le contrôle effectué dès lors que les prescriptions de l'article R. 162-42-10 du même code, qui garantissent le caractère contradictoire de celui-ci ont été respectées.

En l'espèce, par arrêté du 1^{er} août 2014, la directrice de l'ARS a défini un programme de contrôle régional 2014 incluant 9 établissements, parmi lesquels ne figure pas le centre hospitalier.

Par un nouvel arrêté du 9 février 2015, la directrice de l'ARS a établi un avenant au programme de contrôle régional 2014 et y a inclus 6 nouveaux établissements dont le centre hospitalier.

Ainsi, il apparaît que pour la même période, l'ARS a établi deux arrêtés pour un même programme de contrôle, en violation de l'article R. 162-42-9 du code de la sécurité sociale.

Toutefois, ainsi que précédemment rappelé, l'inobservation de ces dispositions n'est pas de nature à rendre nul le contrôle effectué dès lors que les prescriptions de l'article R. 162-42-10 du même code ont été respectées.

En l'espèce, par lettre du 31 mars 2015, l'ARS a informé le centre hospitalier du contrôle de la T2A et a ensuite, sur demande de ce dernier, reporté la date de début de contrôle au 1^{er} juin 2015, par lettre recommandée du 27 avril 2015.

Le rapport de contrôle a été adressé par lettre recommandée 24 septembre 2015.

Il ressort de la copie de ce rapport, produite au débat par le centre hospitalier, que celui-ci est composé de 77 pages.

In fine, ainsi que le précise la table des matières figurant sur la lettre du 24 septembre 2015, ce rapport développe des conclusions de synthèse, qui, en raison de leur longueur, n'ont pas été incluses dans des cadres prévus à cet effet mais ont été rédigées sur une dizaine de pages à la suite des tableaux résumant les activités contrôlées.

Ainsi, il apparaît que le rapport ne s'achève pas à la page 65 comme le soutient le centre hospitalier, mais à la page 76 qui marque la fin des conclusions suite aux tableaux de présentation.

Sur cette dernière page, apparaissent en mentions manuscrites la date du 25 septembre 2015 et une signature apposée à côté de la mention dactylographiée : « *signature du médecin responsable du contrôle* ».

S'il est vrai qu'aucun nom et prénom n'apparaissent à côté de cette signature, il est possible de relever qu'elle est identique à celle portée sur la lettre du 24 septembre 2015, notifiant le rapport, à côté de laquelle sont précisés les nom et prénom du médecin en charge du contrôle, le docteur Djamel BOUAMAMA.

Il résulte de ces éléments que l'auteur de la signature est identifiable et qu'il s'agit bien du médecin responsable du contrôle.

Le rapport de contrôle qui comprend ainsi la signature et la date, l'objet, la durée et les résultats du contrôle est donc conforme aux prescriptions de l'article R. 162-42-10, alinéa 4, du code de la sécurité sociale.

Le moyen tenant à l'irrégularité de la procédure de contrôle, soulevé par le centre hospitalier, sera en conséquence écarté.

Sur la notification de payer

La MSA produit au débat une délégation de pouvoir du 1^{er} février 2011, aux termes de laquelle M. Jean-Marc CAZALS, directeur général de la MSA Midi-Pyrénées Nord, délègue de façon permanente à M. Frédéric LIGIER, le pouvoir d'engager les dépenses et constater les créances et les dettes et d'émettre les ordres de recettes et de dépenses.

Contrairement à ce que soutient le centre hospitalier, le fait que cette délégation ne prévoit pas de montant maximal de compétence signifie que le délégataire n'est pas limité par un quelconque montant dans le recouvrement des créances.

La délégation étant antérieure à la notification d'indu, il résulte de ces éléments que M. LIGIER avait compétence pour la signer.

Le moyen tenant à l'absence de compétence du signataire de la notification sera en conséquence écarté.

Sur la procédure de recouvrement

L'article L. 133-4, alinéas 4, 5 et 6, du code de la sécurité sociale, pris dans sa version en vigueur applicable au présent litige dispose :

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

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

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise ».

L'article R. 133-9-1, I, du même code, dans sa version en vigueur applicable au présent litige indique :

« La notification de payer prévue à l'article L. 133-4 est envoyée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie au professionnel ou à l'établissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Cette lettre précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement. Elle mentionne l'existence d'un délai de deux mois à partir de sa réception imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours. Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie.

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

Cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées ainsi que l'existence du nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle mentionne, en outre, l'existence et le montant de la majoration de 10 % appliquée en l'absence de paiement dans ce délai, ainsi que les voies et délais de recours ».

Enfin, l'article R. 142-1 du même code, dans sa version en vigueur applicable au présent litige indique :

« Les réclamations relevant de l'article L. 142-1 formées contre les décisions prises par les organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole de salariés ou de non-salariés sont soumises à une commission de recours amiable composée et constituée au sein du conseil d'administration de chaque organisme.

Cette commission doit être saisie dans le délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation. La forclusion ne peut être opposée aux intéressés que si cette notification porte mention de ce délai ».

Il résulte de la combinaison de ces textes que la juridiction saisie d'un recours contre la décision de la commission de recours amiable de la caisse doit se prononcer sur le bien fondé de l'indu, peu important l'absence de délivrance par la caisse d'une mise en demeure.

En l'espèce, suite à la notification de l'indu litigieux, le centre hospitalier a saisi la commission de recours amiable de la MSA puis la juridiction de sécurité sociale, en contestation de la décision implicite de rejet de cette décision.

Il n'est pas contesté que la MSA n'a, au demeurant, pas poursuivi d'action en recouvrement de l'indu litigieux.

Or, l'absence de mise en demeure n'emporte d'effet que sur la régularité de la procédure de recouvrement, dont n'est pas saisie la présente juridiction, puisque la contestation faisant l'objet du litige concerne la décision implicite de la commission de recours amiable maintenant l'indu résultant du contrôle T2A à l'encontre du centre hospitalier.

En outre, en présence d'une saisine de la commission de recours amiable et en l'absence de notification de décision, aucun des deux termes visés à l'article R133-9-1 pour l'envoi de la mise en demeure n'est réalisé.

En conséquence, le centre hospitalier sera débouté de sa demande formée au titre de la procédure de recouvrement.

Sur la compétence de la MSA pour notifier l'indu litigieux, le tribunal relève que la présente instance ne porte que sur l'indu de la MSA, notifié par elle-même et écarte en conséquence le moyen tenant à l'incompétence de cette caisse pour notifier un indu au profit d'autres caisses, qui est inopérant et étranger à la présente instance.

Sur la prescription

L'article L. 133-4, alinéa 4 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur applicable au présent litige, dispose :

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

En l'espèce, la MSA produit au débat une copie de la notification d'indu, datée du 28 novembre 2016, ainsi que les tableaux annexés, sans toutefois produire l'avis de réception relatif à cette notification.

Le centre hospitalier, produit une copie de la même notification, portant un tampon de réception à la date du 6 décembre 2016.

Il en résulte que le centre hospitalier a été destinataire de la notification le 6 décembre 2016.

En l'espèce, les parties s'accordent pour dire que, concernant l'indu de la MSA, les dossiers OGC n° 112, 124, 188, 196, 201, 334 et 308 pour leur montant s'élevant à 6 727,70 euros sont prescrits.

En revanche, la prescription d'une partie de l'indu ne peut conduire à l'irrégularité de l'ensemble de la notification de payer, telle que soutenue par le centre hospitalier.

En conséquence, il sera fait partiellement droit à la demande d'annulation de l'indu à hauteur de la somme de 6 727,70 euros et le centre hospitalier sera débouté du surplus de sa demande.

Sur l'indu litigieux

L'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur applicable au présent litige dispose :

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :

a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;

b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1er de cette loi ;

c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1er de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée ;

d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;

e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ».

L'article 7, I, 9°) de l'arrêté du 19 février 2009 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, indique :

« Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

— une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;

— un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;

— l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville ».

Concernant le dossier OGC n° 148, il ressort du rapport de l'UCR que le dossier n'est composé que d'une lettre de sortie, ne permettant pas de constater que l'état de santé de patient justifie une facturation en GHS.

Le centre hospitalier expose que le médecin DIM a relevé que le patient était atteint d'une sclérose latérale amyotrophique nécessitant des précautions particulières. Il ne produit toutefois au débat aucun élément permettant de vérifier cette affirmation.

En conséquence, il y a lieu de valider l'indu pour ce dossier.

Sur les dossiers OGC n° 154 et 222, il ressort du rapport de l'UCR que le premier dossier comprend seulement une lettre de sortie et des résultats d'examen de biologie et que le second comprend seulement une lettre de sortie, la réalisation d'une titration des débits d'oxygène au repos et à la déambulation et des résultats d'examen de biologie. L'UCR relève que ces dossiers ne tracent pas de surveillance infirmière, de prise en charge du terrain fragile, de surveillance de la tolérance de l'acte, susceptibles de justifier une facturation en GHS.

Sur ce point le centre hospitalier expose que le DIM a retenu dans le premier dossier que le patient est atteint d'un cancer bronchique stade 4 avec pleurésie droite dyspnéisante et que son état clinique a justifié son hospitalisation, dans le second dossier que le DIM rapporte que le patient est atteint d'un cancer bronchique stade 4 atélectasie complète du poumon droit et métastases osseuses et que son état clinique justifie une hospitalisation. Le centre hospitalier n'apporte toutefois aucun élément au soutien de ces affirmations.

L'indu doit en conséquence être validé pour ces deux dossiers.

Pour les dossiers OGC n° 161 et 234, il ressort du rapport de l'UCR que l'administration d'albumine n'apparaît pas dans les dossiers, suis à la réalisation de la ponction d'ascite et que les dossiers ne comprennent pas de lettre de sortie, ni d'examen médical.

Sur ce point, le centre hospitalier expose que le médecin DIM a précisé qu'une copie de la prescription d'albumine était présente dans les dossiers et qu'elle a été fournie aux médecins contrôleurs le jour du contrôle.

Le centre hospitalier ne produit toutefois au débat aucun élément, notamment les prescriptions en cause, permettant au tribunal de vérifier ces affirmations.

L'indu doit en conséquence être validé pour ces deux dossiers.

Pour le dossier OGC n° 213, pour ce dossier, il ressort du rapport de l'UCR que l'acte a été codé AHLH009 au titre de la classification commune des actes médicaux (CCAM), et qu'il correspond à une infiltration anesthésique de tronc nerveux profond avec évaluation diagnostique et pronostique, avec guidage radiologique, mais qu'en réalité, a été pratiquée un *transversus adbominis plane block*, qui ne figure pas à la CCAM et ne peut pas être codé par assimilation.

Sur ce point, le centre hospitalier se borne à faire valoir que le TAP Bloc suppose un acte d'anesthésie qui nécessite une hospitalisation.

Néanmoins, cette explication ne peut permettre d'ordonner une prise en charge, au titre de l'assurance maladie, d'un acte qui ne figure pas dans la CCAM.

L'indu doit en conséquence être validé pour ce dossier.

Pour le dossiers OGC n° 336, la MSA expose sans être utilement contredite que ce dossier est un séjour atteint par la prescription de l'action en recouvrement et qu'il relève au surplus d'un assuré affilié auprès de la CPAM de l'Aveyron.

Il n'y a donc pas lieu de statuer sur ce grief, qui est étrange à l'objet du litige.

Pour le dossier OGC n° 390, il ressort du rapport de l'UCR que les contrpoleurs ont relevé que l'obésité n'a pas donné lieu à une prise en charge diagnostique ou thérapeutique, malgré un codage DAS E66.91 correspondant à une « obésité sans précision de l'adulte [...] ».

Sur ce point le centre hospitalier se borne à faire valoir que le DIM affirme que le codage est conforme au guide méthodologique, sans toutefois n'apporter au tribunal aucun élément permettant de constater l'existence d'une prise en charge diagnostique ou thérapeutique de l'obésité, ou encore l'existence d'une majoration de l'effort de prise en charge d'une autre affection.

En conséquence, l'indu doit être validé pour ce dossier.

Le centre hospitalier n'expose aucun grief à l'encontre de l'indu résultant des dossiers OGC n° 212, 136, 42, 43, 44 et 219, qui seront donc également validés.

Compte tenu de l'ensemble de ce qui précède, il y a lieu de faire droit à la demande de la MSA et de valider l'indu à hauteur de 4 824,12 euros.

Sur les autres demandes

Le centre hospitalier succombant dans la majeure partie de ses demandes, il sera tenu aux entiers dépens et débouté de sa demande formée au titre des frais irrépétibles.

Il serait inéquitable de laisser à la charge de la MSA les frais irrépétibles exposés dans le cadre du présent litige, et le centre hospitalier sera condamné à lui payer la somme de 1 000 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

L'ancienneté et la nature du litige ne commandent pas d'assortir la présente décision de l'exécution provisoire.

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal, statuant par jugement contradictoire, en premier ressort et par mise à disposition au greffe ;

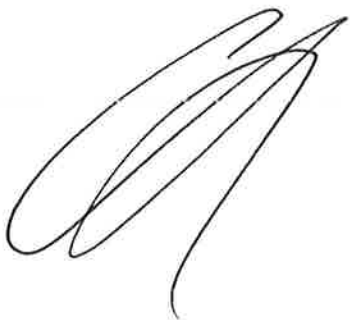
Valide partiellement l'indu tel que notifié le 28 novembre 2016 par la MSA Midi-Pyrénées Nord à l'encontre du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue, à hauteur de 4 824,12 euros.

Rejette les autres demandes des parties.

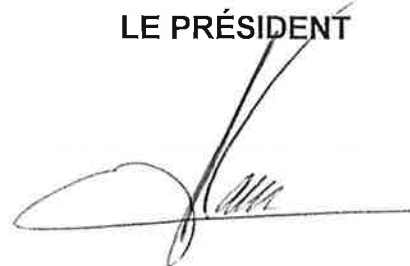
Condamne le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue à payer à la MSA Midi-Pyrénées Nord la somme de 1 000 euros sur le fondement de l'article 700 du code de procédure civile.

Condamne le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue aux entiers dépens de l'instance.

LE GREFFIER

A stylized, handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long, sweeping tail.

LE PRÉSIDENT

A handwritten signature in black ink, featuring a large, bold initial 'P' followed by a series of smaller, connected strokes.

