

N^{os} 384978, 384979, 384980, 384981

REPUBLIQUE FRANÇAISE

ASSISTANCE PUBLIQUE - HOPITAUX
DE PARIS

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

M. Yannick Faure
Rapporteur

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux
(Section du contentieux, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies)

M. Rémi Decout-Paolini
Rapporteur public

Sur le rapport de la 1^{ère} sous-section
de la Section du contentieux

Séance du 19 juin 2015
Lecture du 30 juin 2015

Vu la procédure suivante :

Par un jugement n° 13-01684 du 23 mai 2014, le tribunal des affaires de sécurité sociale de Paris a sursis à statuer sur le litige opposant l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) à la caisse primaire d'assurance maladie de Paris, relatif à une mise en demeure du 28 novembre 2012 en tant qu'elle porte sur une somme de 1 631 303,16 euros correspondant à la facturation de séjours hospitaliers dits « contigus » en 2010, jusqu'à ce que le juge administratif se soit prononcé sur la légalité de l'arrêté du ministre de la santé et des sports du 30 novembre 2009 modifiant l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, et notamment de son annexe II intitulée « guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ».

Par quatre ordonnances n^{os} 1415042, 1415037, 1415127 et 1415128 du 2 octobre 2014, enregistrées sous les n^{os} 384978, 384979, 384980 et 384981 le 6 octobre 2014 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, le président du tribunal administratif de Paris a transmis au Conseil d'Etat, en application de l'article R. 351-2 du code de justice administrative, les requêtes en appréciation de légalité présentées à ce tribunal par l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris.

Par ces quatre requêtes, enregistrées le 19 août 2014 au greffe du tribunal administratif, ainsi que par quatre mémoires en réplique et quatre nouveaux mémoires, enregistrés les 24 mars et 9 juin 2015 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, agissant en exécution du jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale de Paris, demande au Conseil d'Etat :

1°) d'apprécier la légalité de l'arrêté du ministre de la santé et des sports du 30 novembre 2009 et notamment de son annexe II, et de déclarer que cet arrêté est entaché d'illégalité ;

2°) de mettre à la charge de l'Etat et de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris la somme de 3 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

.....

Vu les autres pièces des dossiers ;

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, modifié par les arrêtés des 20 janvier et 30 novembre 2009 ;
- 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 ;
- le code de justice administrative ;

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Yannick Faure, auditeur,
- les conclusions de M. Rémi Decout-Paolini, rapporteur public ;

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Didier, Pinet, avocat de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris, et à la SCP Gatineau, Fattaccini, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie de Paris ;

Vu la note en délibéré, enregistrée le 23 juin 2015, présentée par les CPAM de Paris, d'Eure-et-Loir, du Cher et du Loiret ;

Vu la note en délibéré, enregistrée le 26 juin 2015, présentée par le ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes ;

1. Considérant que les requêtes de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) tendent aux mêmes fins ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

2. Considérant que le mémoire produit dans l'instance n° 384980 par la caisse primaire d'assurance maladie du Loiret, qui n'est pas partie à cette instance, doit être regardé comme une intervention tendant au rejet des conclusions de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris ; que cette caisse justifie d'un intérêt suffisant à ce que l'arrêté en litige soit déclaré légal ; qu'ainsi son intervention est recevable ;

3. Considérant que l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, qui agit en exécution du jugement n° 13-01684 du 23 mai 2014 du tribunal des affaires de sécurité sociale de Paris, doit être regardée comme demandant au Conseil d'Etat d'apprécier la légalité de l'annexe II de l'arrêté du ministre de la santé, de la jeunesse et des sports du 22 février 2008, dans sa rédaction issue de l'arrêté du 30 novembre 2009, intitulée « guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », en tant que cette annexe prévoit que le transfert d'un patient entre deux établissements relevant de l'AP-HP, autrement appelé « séjour contigu », est enregistré comme une « mutation » et non comme un « transfert », au sens de la terminologie qu'il définit ;

4. Considérant, d'une part, qu'aux termes de l'article L. 6113-7 du code de la santé publique : « *Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité. / Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins (...)* » ; que l'article L. 6113-8 du même code précise que : « *Les établissements de santé transmettent (...) aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires (...) au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation (...)* » ; qu'aux termes de l'article R. 6113-1 du même code : « *Pour l'analyse de leur activité médicale, les établissements de santé, publics et privés, procèdent, dans les conditions fixées par la présente section, à la synthèse et au traitement informatique de données figurant dans le dossier médical mentionné à l'article L. 1112-1 qui sont recueillies, pour chaque patient, par le praticien responsable de la structure médicale ou médico-technique ou par le praticien ayant dispensé des soins au patient et qui sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement, mentionné à l'article L. 6113-7. / Ces données ne peuvent concerner que : / 1° L'identité du patient et son lieu de résidence ; / 2° Les modalités selon lesquelles les soins ont été dispensés, telles qu'hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, consultation externe ; / 3°*

L'environnement familial ou social du patient en tant qu'il influe sur les modalités du traitement de celui-ci ; / 4° Les modes et dates d'entrée et de sortie ; / 5° Les unités médicales ayant pris en charge le patient ; / 6° Les pathologies et autres caractéristiques médicales de la personne soignée ; / 7° Les actes de diagnostic et de soins réalisés au profit du patient au cours de son séjour dans l'établissement (...) » ; qu'en vertu de l'article R. 6113-2 du même code, des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale « déterminent, en fonction de la catégorie de l'établissement dans lequel les soins sont dispensés et de la nature de ces soins tels qu'ils sont définis à l'article L. 6111-2 : / 1° Les données dont le recueil et le traitement ont un caractère obligatoire ; / 2° Les nomenclatures et classifications à adopter ; / 3° Les modalités et la durée minimale de conservation des fichiers » ;

5. Considérant, d'autre part, qu'aux termes de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale : « *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 (...) / 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 (...) / 3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie » ; que, pour l'application de ces dispositions, l'article R. 162-32 du même code dispose que les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à prise en charge, sous forme de forfaits, par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont notamment : « 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. 162-32-1 (...) » ; que l'article R. 162-32-4 du même code prévoit que : « Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions d'application des articles R. 162-32 et R. 162-32-1 à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie » ; qu'aux termes de l'article 1^{er} de l'arrêté du 19 février 2009, dans sa rédaction issue de l'arrêté du 10 février 2010 : « La catégorie de prestations mentionnée au 1° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants : / 1° Des forfaits de séjour et de soins dénommés "groupes homogènes de séjours" (GHS), dont la liste est fixée en annexe 1. Ils sont établis selon la classification des groupes homogènes de malades (GHM) fixée par l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. Le cas échéant, des suppléments journaliers peuvent être facturés en sus de ces forfaits (...) » ;*

6. Considérant que, sur le fondement de l'article R. 6113-2 du code de la santé publique et des articles L. 162-22-6 et R. 162-32-4 du code de la sécurité sociale, le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a, aux termes de l'arrêté du 22 février 2008, défini les conditions de recueil et de traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie « en vue de procéder à l'analyse médico-économique de l'activité de soins réalisée en leur sein et de permettre la facturation de cette activité » ; qu'aux termes de l'article 3 de cet arrêté, dans sa

rédaction applicable au litige : « (...) II. - Les informations d'activité sont produites dans les conditions suivantes : 1. S'agissant des prestations de séjours et de soins avec ou sans hébergement (...) : un résumé de sortie standardisé (RSS), constitué d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM), est produit pour chaque patient admis dans les unités médicales d'hospitalisation, ainsi que pour les nouveau-nés (...) / III. - Les informations de facturation sont produites pour chacune des prestations mentionnées au I, sous forme d'un résumé standardisé de facturation (RSF) » ; que son article 4 précise que : « (...) I. - Le RUM ou le RSS comporte notamment des informations concernant : / - le parcours du patient dans l'établissement, depuis son admission jusqu'à sa sortie ; / - les motifs de soins, dits diagnostics, et les actes réalisés au cours du séjour (...) / II. - Le RSF comporte les informations contenues dans le bordereau de facturation transmis à l'assurance maladie pour chaque prestation mentionnée au I de l'article 3 du présent arrêté : / - situation du patient à l'égard de l'assurance maladie ; / - nature des prestations facturées ; / - taux et montant de la prise en charge par l'assurance maladie (...) / V. - Les catégories d'informations mentionnées aux I, II, III et IV du présent article ainsi que leurs modalités de production et de codage sont décrites dans le guide figurant en annexe II du présent arrêté » ; qu'au titre des informations administratives renseignées dans le résumé d'unité médicale, ce guide prévoit, en son point 2.1.2, que le patient qui « vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation : - de la même entité juridique pour les établissements de santé publics / - du même établissement (de la même entité géographique) pour les établissements de santé privés » ou qui « sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation » ainsi définie est enregistré sous le « code 6 mutation », alors que le patient qui « pour une hospitalisation à part entière (...) vient : / - d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique pour les établissements de santé publics ; / - d'une unité d'hospitalisation d'une autre entité juridique ou d'un autre établissement de la même entité juridique pour les établissements de santé privés » ou qui « sort pour une hospitalisation à part entière » dans une unité d'hospitalisation ainsi définie est enregistré sous le « code 7 transfert normal » ; qu'à la différence du « transfert normal », l'enregistrement de la « mutation » d'un patient entre deux unités médicales d'hospitalisation ne permet pas de prétendre à la prise en charge par l'assurance maladie de deux « *groupes homogènes de séjours* », au sens de l'arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, modifié par les arrêtés des 20 janvier et 30 novembre 2009 ;

7. Considérant que le principe d'égalité ne s'oppose pas à ce que l'autorité investie du pouvoir réglementaire règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'elle déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un comme dans l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport avec l'objet de la norme qui l'établit et ne soit pas manifestement disproportionnée au regard des différences de situation susceptibles de la justifier ;

8. Considérant que les établissements de santé publics et les établissements de santé privés, du fait de leurs statuts respectifs, ne sont pas placés dans la même situation ; que, toutefois, en retenant, pour distinguer le « transfert » et la « mutation » d'un patient entre deux unités médicales d'hospitalisation, un critère d'appartenance de ces unités à la même entité juridique lorsqu'il s'agit d'établissements de santé publics et d'appartenance à la même entité géographique lorsqu'il s'agit d'établissements de santé privés, l'arrêté attaqué a opéré une différence de traitement sans rapport avec son objet, qui est de définir les modalités de la

facturation, par groupes homogènes de séjour, des prestations d'hospitalisation dont un même patient est l'objet ;

9. Considérant qu'il résulte de ce qui précède, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens de sa requête, que l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris est fondée à soutenir que le point 2.1.2 de l'annexe II de l'arrêté du 22 février 2008 du ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, dans sa rédaction issue de l'arrêté du 30 novembre 2009, intitulée « guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », est entachée d'illégalité en tant qu'il fixe les conditions dans lesquelles sont enregistrés les « mutations » ou les « transferts » de patients entre deux établissements ;

10. Considérant que les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce qu'une somme soit mise à ce titre à la charge de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, qui n'est pas, dans la présente instance, la partie perdante ; qu'il y a lieu de mettre à la charge de l'Etat la somme de 3 000 euros, à verser à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris au même titre ;

D E C I D E :

Article 1^{er} : L'intervention de la caisse primaire d'assurance maladie du Loiret est admise.

Article 2 : Il est déclaré que le point 2.1.2 de l'annexe II de l'arrêté du 22 février 2008 de la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports, dans sa rédaction issue de l'arrêté du 30 novembre 2009, intitulée « guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie », est entaché d'illégalité en tant qu'il fixe les conditions dans lesquelles sont enregistrés les « mutations » ou les « transferts » de patients entre deux établissements.

Article 3 : Les conclusions des caisses primaires d'assurance maladie de Paris, d'Eure-et-Loir, du Cher et du Loiret présentées au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 4 : L'Etat versera la somme de 3 000 euros à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Paris et à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.

Copie en sera adressée aux caisses primaires d'assurance maladie d'Eure-et-Loir, du Cher et du Loiret.