

statuant

au contentieux

N° 360264

REPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION

PRIVEE - MEDECINE CHIRURGIE OBSTETRIQUE
(FHP-MCO)

Le Conseil d'Etat statuant au contentieux

(Section du contentieux, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sections réunies)

M. Denis Rapone

Rapporteur

Mme Maud Vialettes

Rapporteur public

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

de la Section du contentieux

Séance du 20 octobre 2014

Lecture du 12 novembre 2014

Vu la procédure suivante :

Par une requête et quatre mémoires en réplique, enregistrés les 15 juin, 20 octobre, 9 novembre et 13 décembre 2012 et le 14 février 2013 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, la Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine chirurgie obstétrique (FHP-MCO) demande au Conseil d'Etat :

1°) d'annuler pour excès de pouvoir la décision par laquelle le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a implicitement rejeté sa demande du 15 février 2012 tendant à l'abrogation partielle de la circulaire n° 16-2010 du 16 juin 2010 et de la circulaire n° 2-2012 du 3 janvier 2012 en ce qu'elles limitent la possibilité de facturation par les établissements de santé prévus au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale aux seuls actes de leurs médecins salariés effectués dans le cadre d'une activité d'hospitalisation ;

2°) d'enjoindre au directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'abroger, dans le délai d'un mois suivant la notification de la décision à intervenir, les dispositions contestées de ces circulaires précitées ;

3°) d'assortir cette injonction d'une astreinte de 1 000 euros par jour de retard ;

4°) de mettre à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés la somme de 4 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Vu :

- les autres pièces du dossier ;
- le code de la sécurité sociale ;
- la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 ;
- le code de justice administrative.

Après avoir entendu en séance publique :

- le rapport de M. Denis Rapone, conseiller d'Etat,

- les conclusions de Mme Maud Vialettes, rapporteur public.

La parole ayant été donnée, avant et après les conclusions, à la SCP Gatineau, Fattaccini, avocat de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

1. Considérant que l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale distingue, à des fins de prise en charge des frais par l'assurance maladie, plusieurs catégories d'établissements de santé, parmi lesquels, à son d, les établissements de santé privés ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé, autres que 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 du 21 juillet 2009, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XX de l'article 1^{er} de cette loi, ou qui ont opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance du 24 avril 1996, jusqu'à la date retenue en application du premier alinéa du XXI de l'article 1^{er} de la loi du 21 juillet 2009 ; qu'aux termes de l'article L. 162-26-1 du même code, dans sa rédaction applicable à la date de signature des circulaires litigieuses : « *Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié pour assurer des activités de soins, les honoraires afférents à ces activités peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles* » ;

2. Considérant que le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a, par ses circulaires du 16 juin 2010 et du 3 janvier 2012, précisé les conditions de facturation des actes des médecins salariés employés par les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ; que la Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine chirurgie obstétrique (FHP-MCO) demande l'annulation pour excès de pouvoir de la décision implicite par laquelle le directeur général de la Caisse a rejeté sa demande, reçue le 17 février 2012, tendant à l'abrogation de ces circulaires en ce qu'elles limitent la possibilité de facturation par ces

établissements de santé aux seuls actes de leurs médecins salariés effectués dans le cadre d'une activité d'hospitalisation ;

3. Considérant que, postérieurement à l'introduction de la présente requête, est intervenue la loi du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, dont le 2° du I de l'article 41 a modifié l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, désormais ainsi rédigé : « *Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du présent code et de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, lorsqu'un établissement de santé prévu au d de l'article L. 162-22-6 du présent code emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles* » ; que ces dispositions, qui incluent expressément dans leur champ l'ensemble de l'activité des médecins salariés par les établissements de santé prévus au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, modifient l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale sur le point qui fait l'objet de l'interprétation litigieuse développée par les circulaires des 16 juin 2010 et 3 janvier 2012 ; que les dispositions contestées de ces circulaires sont ainsi devenues caduques ; que, dès lors, les conclusions de la requête de la Fédération tendant à l'annulation de la décision par laquelle le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés a implicitement rejeté sa demande d'abrogation partielle de ces circulaires, de même que ses conclusions aux fins d'injonction et d'astreinte, ont perdu leur objet ;

4. 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 la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui n'est pas, dans la présente instance, la partie perdante ; qu'il n'y a pas lieu, dans les circonstances de l'espèce, de faire droit aux conclusions qu'elle présente au titre des mêmes dispositions ;

DECIDE :

Article 1^{er} : Il n'y a pas lieu de statuer sur les conclusions aux fins d'annulation, d'injonction et d'astreinte de la requête de la Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine chirurgie obstétrique.

Article 2 : Le surplus des conclusions de la requête est rejeté.

Article 3 : Les conclusions de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés présentées au titre des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à la Fédération de l'hospitalisation privée - Médecine chirurgie obstétrique et à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Copie en sera adressée à la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes.