

CIV. 2

CM

COUR DE CASSATION

Audience publique du 1er décembre 2022

Cassation partielle

M. PIREYRE, président

Arrêt n° 1246 F-B

Pourvoi n° B 20-22.759

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 1ER DÉCEMBRE 2022

M. [O] [K], domicilié [Adresse 3], a formé le pourvoi n° B 20-22.759 contre l'arrêt n° RG 18/13758 rendu le 9 octobre 2020 par la cour d'appel de Paris (pôle 6, chambre 12), dans le litige l'opposant :

1°/ à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Seine-Saint-Denis, dont le siège est [Adresse 2],

2°/ au ministre chargé de la sécurité sociale, domicilié [Adresse 1],

défendeurs à la cassation.

La caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis a formé un pourvoi incident.

Le demandeur au pourvoi principal invoque, à l'appui de son recours, le moyen unique de cassation annexé au présent arrêt.

Le demandeur au pourvoi incident invoque, à l'appui de son recours, le moyen unique de cassation annexé au présent arrêt.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de M. Labaune, conseiller référendaire, les observations de la SCP Fabiani, Luc-Thaler et Pinatel, avocat de M. [K], de la SCP Gatineau, Fattaccini et Rebeyrol, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis, et l'avis de M. de Monteynard, avocat général, après débats en l'audience publique du 18 octobre 2022 où étaient présents M. Pireyre, président, M. Labaune, conseiller référendaire rapporteur, Mme Taillandier-Thomas, conseiller doyen, et Mme Catherine, greffier de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée 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 (Paris, 9 octobre 2020), à la suite d'un contrôle de l'application des règles de tarification et de facturation des actes professionnels, la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis (la caisse) a notifié, le 19 décembre 2016, à M. [K], médecin généraliste libéral (le professionnel de santé), un indu d'un certain montant relatif à la facturation de majorations de nuit et de majorations pour dimanches et jours fériés, pour la période du 17 février 2013 au 20 septembre 2016.
2. Le professionnel de santé a saisi d'un recours une juridiction chargée du contentieux de la sécurité sociale.

Examen des moyens

Sur le moyen du pourvoi principal, pris en ses deuxième, quatrième et cinquième branches, ci-après annexé

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 ces griefs qui ne sont manifestement pas de nature à entraîner la cassation.

Sur le moyen du pourvoi principal, pris en sa première branche

Enoncé du moyen

4. Le professionnel de santé fait grief à l'arrêt de rejeter son recours, alors « qu'il résulte de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale que les agents réalisant les vérifications ou enquêtes administratives des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale doivent être assermentés et agréés ; qu'en écartant le moyen de nullité tiré de l'absence de serment et d'agrément des agents de la caisse primaire d'assurance maladie pour cela qu'ils n'ont procédé notamment à aucune audition, transport ou constatation matérielle sur place, la cour d'appel, en ajoutant à la loi des conditions dont elle ne dispose pas, a violé les dispositions susvisées. »

Réponse de la Cour

5. Les dispositions de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction issue de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015, qui habilite les directeurs des organismes de sécurité sociale à confier à des agents assermentés et agréés dans les conditions fixées par voie réglementaire, ainsi qu'à des praticiens conseils et auditeurs assermentés et agréés dans les mêmes conditions, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations, le contrôle du respect des conditions de résidence et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, ne sont pas applicables aux contrôles de l'observation des règles de tarification et de

facturation des actes, prestations, produits, fournitures et frais par les professionnels de santé, les établissements de santé et les prestataires et fournisseurs, qui obéissent exclusivement aux dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale et aux dispositions réglementaires prises pour leur application.

6. L'arrêt relève qu'à l'occasion du contrôle administratif de facturation, les agents de la caisse ont procédé uniquement à l'exploitation par analyse et recoupement des documents émanant du professionnel de santé, consistant en ses télétransmissions pour le versement de prestations et en ses tableaux de garde complétés. Il retient que ces agents n'ont donc procédé à aucun acte de vérification ou d'enquête au sens de l'article L. 114-10 du code de la sécurité sociale, notamment aucune audition, transport ou constatation matérielle sur place.

7. De ces constatations et énonciations, la cour d'appel a exactement déduit que la procédure en recouvrement de l'indu engagée par la caisse n'était pas entachée d'irrégularité en raison du défaut de justification de l'agrément et de l'assermentation des agents chargés du contrôle.

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

Sur le moyen du pourvoi principal, pris en sa troisième branche

Énoncé du moyen

9. Le professionnel de santé fait le même grief à l'arrêt, alors « qu'une décision de justice impliquant une appréciation sur un comportement humain ne peut avoir pour fondement un traitement automatisé d'informations donnant une définition du profil ou de la personnalité de l'intéressé ; qu'en validant un redressement exclusivement fondé sur des données statistiques, la cour d'appel a violé l'article 10 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, informatique et libertés, dans sa version applicable au litige, ensemble l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. »

Réponse de la Cour

10. Aux termes de l'article 10, alinéa 1er, de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dans sa rédaction issue de la loi n° 2004-801 du 6 août 2004, applicable au litige, aucune décision de justice impliquant une appréciation sur le comportement d'une personne ne peut avoir pour fondement un traitement automatisé de données à caractère personnel destiné à évaluer certains aspects de sa personnalité.

11. L'arrêt retient qu'il ressort de l'analyse des télétransmissions du professionnel de santé que ce dernier a facturé systématiquement à la caisse des majorations de nuit et des majorations pour dimanches et jours fériés en violation des prescriptions de la Nomenclature générale des actes professionnels, peu important que ces télétransmissions analysées dans le cadre du contrôle puissent s'inscrire dans un traitement informatisé.

12. En l'état de ces constatations et appréciations, la cour d'appel a déduit à bon droit que le traitement des données n'étant pas destiné à établir le profil du professionnel de santé destinataire de la décision, ni à évaluer certains aspects de sa personnalité, la caisse pouvait produire ces données pour rapporter la preuve du non-respect des règles de tarification et de facturation fixées par l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

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

Mais sur le moyen du pourvoi incident, pris en sa seconde branche

Énoncé du moyen

14. La caisse fait grief à l'arrêt de condamner le professionnel de santé au paiement d'une certaine somme au titre de l'indu, alors « que la contradiction de motifs équivaut à un défaut de motifs ; qu'en retenant, pour dire justifiées les

majorations pendant les périodes de garde, que les actes facturés et payés à hauteur de 15.395, 60 euros correspondaient à des actes effectivement réalisés en "permanence de soins ambulatoire", après avoir pourtant constaté que pendant les périodes où il était de garde, M. [K] n'avait déclaré à l'ARS réaliser que très peu d'actes dans le cadre de la permanence des soins mais qu'il avait facturé de très nombreuses majorations de nuit et jours fériés, la cour d'appel qui a statué par des motifs contraires a violé l'article 455 code de procédure civile. »

Réponse de la Cour

Vu l'article 455 du code de procédure civile :

15. Selon ce texte, tout jugement doit être motivé. La contradiction entre les motifs équivaut à un défaut de motifs.

16. Pour rejeter partiellement la demande de la caisse en remboursement de sommes indûment perçues par le professionnel de santé, l'arrêt retient que ce dernier, pour les périodes où il était de garde, n'a déclaré à l'agence régionale de santé réaliser que très peu d'actes dans le cadre de la permanence des soins, mais qu'il a facturé de très nombreuses majorations de nuit et jours fériés. Il ajoute que, pour ces périodes, les actes ont été effectivement réalisés en permanence de soins ambulatoire, de sorte que le professionnel de santé était fondé à facturer des majorations de nuit et jours fériés.

17. En statuant ainsi, la cour d'appel, qui s'est contredite, n'a pas satisfait aux exigences du texte susvisé.

PAR CES MOTIFS, et sans qu'il y ait lieu de statuer sur l'autre grief du pourvoi incident, la Cour :

CASSE ET ANNULE, mais seulement en ce qu'il dit bien-fondé l'indu correspondant aux majorations facturées à tort à hauteur de 129 724,26 euros pour la période du 17 février 2013 au 23 septembre 2016, et condamne M. [K] à payer cette somme à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis, au titre de l'indu, l'arrêt rendu le 9 octobre 2020, entre les parties, par la cour d'appel de Paris ;

Remet, sur ces points, l'affaire et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant cet arrêt et les renvoie devant la cour d'appel de Paris, autrement composée ;

Condamne M. [K] aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande formée par M. [K] et le condamne à payer à la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis la somme de 3 000 euros ;

Dit que sur les diligences du procureur général près la Cour de cassation, le présent arrêt sera transmis pour être transcrit en marge ou à la suite de l'arrêt partiellement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé par le président en son audience publique du premier décembre deux mille vingt-deux.

MOYENS ANNEXES au présent arrêt

Moyen produit au pourvoi principal par la SCP Fabiani, Luc-Thaler et Pinatel, avocat aux Conseils, pour M. [K]

M. [K] fait grief à l'arrêt attaqué d'avoir dit que la procédure de contrôle de recouvrement mise en œuvre par la Caisse primaire d'assurance-maladie de la Seine-Saint-Denis à son encontre est régulière ; de l'avoir débouté en conséquence de sa demande d'annulation de la notification de payer adressée par courrier recommandé avec accusé de réception le 19 décembre 2016 ; de l'avoir débouté de sa demande d'annulation de la décision rendue par la commission de recours amiable de la Caisse primaire d'assurance-maladie de la Seine-Saint-Denis ; d'avoir dit bien-fondé l'indu correspondant aux majorations facturées à tort à hauteur de 129 724,26 € pour la période du 17 février 2013 au 23 septembre 2016, et

de l'avoir condamné à payer à la CPAM de Seine-Saint-Denis la somme de 129 724,26 € au titre de l'indu ;

1) alors qu'il résulte de l'article L 114-10 du code de la sécurité sociale que les agents réalisant les vérifications ou enquêtes administratives des organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale doivent être assermentés et agréés ; qu'en écartant le moyen de nullité tiré de l'absence de serment et d'agrément des agents de la caisse primaire d'assurance-maladie pour cela qu'ils n'ont procédé notamment à aucune audition, transport ou constatation matérielle sur place (arrêt, p. 6 - Sur la régularité de la procédure de contrôle, avant-dernier §), la cour d'appel, en ajoutant à la loi des conditions dont elle ne dispose pas, a violé les dispositions susvisées ;

2) alors que la notification de payer par laquelle s'ouvre l'action en recouvrement de l'indu doit permettre au professionnel de santé d'en comprendre la cause afin de pouvoir produire, le cas échéant, ses observations ; qu'en l'état d'une notification d'indu pour « non-respect de l'article 14 de la NGAP », avec un tableau récapitulatif mentionnant le code acte facturé en application de la NGAP, l'éventuel code complémentaire correspondant aux majorations facturées, et le taux de remboursement, ce qui ne permettait pas au médecin libéral de comprendre la raison pour laquelle des cotations complémentaires pour urgences étaient remises en question (contestation du caractère d'urgence au regard de l'état du malade ou de l'horaire de prise en charge, coefficient de majoration, etc.), en rejetant la demande d'annulation de la notification d'indu, la cour d'appel a violé l'article R 133-9-1 du code de la sécurité sociale ;

3) alors qu'une décision de justice impliquant une appréciation sur un comportement humain ne peut avoir pour fondement un traitement automatisé d'informations donnant une définition du profil ou de la personnalité de l'intéressé ; qu'en validant un redressement exclusivement fondé sur des données statistiques, la cour d'appel a violé l'article 10 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, Informatique et libertés, dans sa version applicable au litige, ensemble l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale ;

4) alors que l'article 14 de la Nomenclature générale des actes professionnels prévoit une majoration lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche ou les jours fériés, et que sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures ; qu'en considérant les majorations comme indues aux motifs inopérants que les actes étaient réalisés aux horaires habituels du cabinet, de 10 heures à minuit du lundi au dimanche et les jours fériés, la cour d'appel, qui a ajouté au texte une restriction dont il ne dispose pas, a violé l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale ;

5) alors enfin et en tout état de cause que le caractère exceptionnel de la consultation dépendant de l'urgence au regard de l'état de santé du malade, en tranchant cette question médicale sans recourir à l'expertise technique, la cour d'appel a violé l'article L 133-4 du code de la sécurité sociale.

Moyen produit au pourvoi incident par la SCP Gatineau, Fattaccini et Rebeyrol, avocat aux Conseils, pour la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis

La CPAM de Seine-Saint-Denis fait grief à l'arrêt attaqué d'AVOIR infirmé le jugement déferé sur le montant de l'indu, et statuant de nouveau de ce chef, d'AVOIR dit bien-fondé l'indu correspondant uniquement aux majorations facturées à tort à hauteur de 129.724, 26 € pour la période du 17 février 2013 au 23 septembre 2016 et condamné M. [K] à payer à la CPAM de Seine-Saint-Denis uniquement la somme de 129.724, 26 € au titre de l'indu.

1° - ALORS QUE l'article 14 de la Nomenclature générale des actes professionnels prévoit que les actes effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés donnent lieu à une majoration en cas d'urgence justifiée par l'état du malade; qu'en jugeant justifiées les majorations facturées par M. [K] les jours où il était de garde au titre de la permanence des soins ambulatoire au prétexte inopérant qu'il s'agissait d'actes réalisés en "permanence de soins ambulatoire" sans vérifier quand la Caisse le contestait, que les actes ainsi accomplis étaient justifiés par l'urgence, la cour d'appel a privé sa décision de base légale au regard de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, ensemble l'article 14 de la Nomenclature générale des actes professionnels.

2° - ALORS QUE la contradiction de motifs équivaut à un défaut de motifs ; qu'en retenant, pour dire justifiées les majorations pendant les périodes de garde, que les actes facturés et payés à hauteur de 15.395, 60 € correspondaient à

des actes effectivement réalisés en "permanence de soins ambulatoire" , après avoir pourtant constaté que pendant les périodes où il était de garde, M. [K] n'avait déclaré à l'ARS réaliser que très peu d'actes dans le cadre de la permanence des soins mais qu'il avait facturé de très nombreuses majorations de nuit et jours fériés, la cour d'appel qui a statué par des motifs contraires a violé l'article 455 code de procédure civile.