10 avril 2025
Cour d'appel de Pau
RG n° 23/00101

Chambre sociale

Texte de la **décision**

Entête

MF/SB

Numéro 25/1173

COUR D'APPEL DE PAU

Chambre sociale

ARRÊT DU 10/04/2025

Dossier : N° RG 23/00101 - N° Portalis DBVV-V-B7H-INJA

Nature affaire :

Contestation d'une décision d'un organisme portant sur l'affiliation ou un refus de reconnaissance d'un droit

Affaire :

[I] [V]

C/

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE [Localité 4]

Grosse délivrée le

à :

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

A R R Ê T

Prononcé publiquement par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour le 10 Avril 2025, les parties en ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du Code de Procédure Civile.

* * * * *

APRES DÉBATS

à l'audience publique tenue le 13 Mars 2025, devant :

Madame FILIATREAU, magistrat chargé du rapport,

assistée de Madame LAUBIE, greffière.

Madame FILIATREAU, en application de l'article 945-1 du Code de Procédure Civile et à défaut d'opposition a tenu l'audience pour entendre les plaidoiries et en a rendu compte à la Cour composée de :

Madame CAUTRES, Présidente

Madame SORONDO, Conseiller

Madame FILIATREAU, Conseiller

qui en ont délibéré conformément à la loi.

dans l'affaire opposant :

APPELANT :

Monsieur [I] [V]

[Adresse 1]

[Localité 2]

Représenté par Maître LIGNEY de la SELARL DUALE - LIGNEY - BOURDALLE, avocat au barreau de TARBES, et Maître JAKOB de la SELARL CVS, avocat au barreau de LYON

INTIMEE :

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE [Localité 4]

[Adresse 3]

[Localité 4]

Comparante en la personne de Madame [O], munie d'un pouvoir

sur appel de la décision

en date du 09 DECEMBRE 2022

rendue par le POLE SOCIAL DU TRIBUNAL JUDICIAIRE DE BAYONNE

RG numéro : 22/00010

Exposé du litige

FAITS ET PROCÉDURE

M. [I] [V] exerce la profession de chirurgien-dentiste.

Il a adressé à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de [Localité 4] une demande d'aide pour perte d'activité au titre du Dispositif d'Indemnisation pour Perte d'Activité (DIPA), mise en place par le Gouvernement pour la période du 16

mars au 30 juin 2020, afin de compenser les conséquences financières du premier confinement de la Covid 19.

A ce titre, il a perçu la somme de 5.000 euros le 2 juillet 2020, puis de 3.139 euros le 21 septembre 2020.

Par courrier du 3 septembre 2021, la CPAM de [Localité 4] a notifié à M. [I] [V] un indu d'un montant de 5.028 euros.

Par courrier du 2 novembre 2021, M. [I] [V] a contesté cet indu devant la Commission de Recours Amiable (CRA).

Par décision du 1er février 2022, la CRA a rejeté sa demande.

Par requête du 10 janvier 2022, reçue au greffe le 13 janvier 2022, M. [I] [V] a saisi le pôle social du tribunal judiciaire de Bayonne d'un recours à l'encontre de cette décision.

Par jugement du 9 décembre 2022, le pôle social du tribunal judiciaire de Bayonne a':

-Déclaré recevable en la forme le recours formé par M. [I] [V],

-Débouté M. [I] [V] de l'ensemble de ses demandes,

-Condamné M. [I] [V] à payer à la CPAM de [Localité 4] la somme de 5.028 euros,

-Rejeté les demandes au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

-Condamné M. [I] [V] aux dépens.

Cette décision a été notifiée aux parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, reçue de M. [I] [V] le 10 décembre 2022.

Par déclaration au guichet unique de greffe de la cour d'appel de Pau du 9 janvier 2023, M. [I] [V] en a interjeté appel dans des conditions de régularité qui ne font l'objet d'aucune contestation.

Selon avis de convocation du 16 octobre 2024 contenant calendrier de procédure, les parties ont été régulièrement convoquées ou avisées de l'audience du 13 mars 2025 à laquelle elles ont comparu.

PRETENTIONS DES PARTIES

Selon ses conclusions récapitulatives notifiées par RPVA le 11 février 2025, reprises oralement à l'audience de plaidoirie, et auxquelles il est expressément renvoyé, M. [I] [V], appelant, demande à la cour d'appel de :

-Annuler le jugement en date du 9 décembre 2022 du tribunal judiciaire de Bayonne en toutes ses dispositions,

-Et, statuant de nouveau :

-Annuler les décisions de la CPAM en date du 9 septembre 2021 et de la commission de recours de la CPAM en date du 1er février 2022,

-Décharger M. [V] de toutes les sommes dont la CPAM entend obtenir le reversement,

-Débouter par conséquent la CPAM de l'intégralité de ses demandes,

Subsidiairement,

-Constater que le montant définitif de l'aide auquel a droit M. [V] en application du décret n° 2020-1807 s'élève à 12'918 euros,

-Condamner la CPAM à lui verser le solde de l'aide qui lui est due à hauteur de 4.779 euros,

-Condamner la CPAM à régler à M. [V] la somme de 3.000 euros au titre de l'article 700 du code de procédure civile.

Selon ses conclusions transmises par mail au greffe de la cour le 6 mars 2025 reprises oralement à l'audience de plaidoirie, et auxquelles il est expressément renvoyé, la CPAM de [Localité 5] Pyrénées, intimée, demande à la cour d'appel de :

-confirmer la décision de la Commission de Recours Amiable du 01/02/2022

-confirmer le jugement du 09/12/2022

-confirmer l'indu de 5028 euros notifié à M. [I] [V]

-constater l'acquiescement du Dr [V],

-condamner Monsieur [I] [V] au remboursement de la somme de 5028 euros au titre d'une aide versée à tort et constater que c'est à juste titre qu'il a réglé la CPAM de [Localité 4].

-condamner Monsieur [I] [V] au remboursement de la somme de 800 euros à l'organisme au titre de l'article 700 du Code de procédure civile

-condamner Monsieur [I] [V] aux dépens et le débouter de l'intégralité de ses demandes.

Motivation

MOTIFS DE LA DECISION

Sur la procédure de recouvrement

M. [I] [V] soutient qu'il n'est pas possible de faire une application rétroactive du Décret n°2020-1807 en date du 30 décembre 2020 qui n'a été publié qu'après le versement définitif des aides. Il estime donc que ce décret ne peut fonder l'action en répétition de la caisse. Par ailleurs, il estime que si le décret devait être appliqué, ses articles 3 et 4 prévoient que le montant définitif de l'aide soit fixé avant le 15 juillet 2021. Après cette date, il soutient que le montant provisoire de l'aide versée deviendrait définitif. Estimant que le montant définitif de l'aide n'a été fixé qu'en septembre 2021, il en déduit que la procédure de recouvrement est infondée.

Pour sa part, la CPAM de [Localité 4] estime qu'il n'y a pas d'application rétroactive du décret du 30 décembre 2020 rappelant que l'ordonnance du 2 mai 2020 ne prévoyait que le versement d'acomptes. Elle ajoute avoir envoyé des courriels informatifs en janvier puis août 2021. Par ailleurs, elle soutient que l'ordonnance du 9 décembre 2020 a prorogé le délai de récupération des éventuels indus au 1er décembre 2021. Elle en déduit que son action est bien-fondée pour avoir notifié l'indu le 3 septembre 2021.

Dans le cadre de la crise sanitaire due à la pandémie de covid-19 ayant donné lieu à des confinements, les pouvoirs publics ont mis en place un dispositif exceptionnel d'accompagnement économique des professionnels de santé dont l'activité a été particulièrement affectée par l'épidémie de covid-19 par l'ordonnance n° 2020-505 du 2 mai 2020.

Les articles 1 à 2 de cette ordonnance prévoient les modalités de cette aide versée sur leur demande, notamment aux professionnels de santé exerçant leur activité dans le cadre de conventions et dont les revenus d'activité sont financés pour une part majoritaire par l'assurance maladie. Cette aide tient compte du niveau moyen de leurs charges, des conditions d'exercice, du niveau de la baisse des revenus d'activité du demandeur financés par l'assurance maladie, des indemnités journalières versées au demandeur par les régimes de sécurité sociale depuis le 12 mars 2020, des allocations d'activité partielle perçues depuis la même date pour ses salariés et des aides versées par le fonds de solidarité.

Selon l'article 3 de l'ordonnance, L'aide est versée sous forme d'acomptes. La Caisse nationale de l'assurance maladie arrête le montant définitif de l'aide au vu de la baisse des revenus d'activité effectivement subie par le demandeur et procède, s'il y a lieu, au versement du solde ou à la récupération du trop-perçu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale au plus tard le 1er juillet 2021. Cette date a été portée au 1er décembre 2021 par l'ordonnance n°2020-1553 du 9 décembre 2020.

Enfin, il est prévu que «'Les modalités d'application de la présente ordonnance sont déterminées par décret [...] ».

Par la suite le décret n°2020-1807 du 30 décembre 2020 a précisé les modalités de mise en 'uvre de l'aide et notamment les modalités de calcul, les périodes couvertes et les modalités de versements.

En son article 4, il est prévu que «'Un ou plusieurs acomptes peuvent être versés dans la limite de 80 % du montant de l'aide calculée par le téléservice, dont le premier dans les quinze jours suivant le dépôt de la demande par le professionnel ou le centre de santé.

Le montant définitif de l'aide est déterminé au plus tard dans les six mois suivant la fin des périodes mentionnées à l'article 3 [...] ».

En application de ces textes, les professionnels de santé pouvaient, sous certaines conditions, solliciter une aide dite DIPA instituée par l'ordonnance du 2 mai 2020 qui prévoyait que celle-ci était versée sous forme d'acomptes et que la caisse calculerait ensuite le montant définitif de l'aide et procéderait alors soit au versement du solde soit à la récupération du trop-perçu avant le 1er décembre 2021.

En l'espèce, il résulte du formulaire produit en pièce 1 par M. [I] [V] qu'il a sollicité une aide dite DIPA auprès de la CPAM. Il ne conteste pas avoir perçu une somme de 5 000 euros le 2 juillet 2020 puis une seconde de 3 139 euros le 21 septembre 2020 soit la somme totale de 8 139 euros. Ces sommes ont donc bien été versées après l'ordonnance du 2 mai 2020 et en application de celle-ci. A ce titre, l'ordonnance prévoyait clairement en son article 3 la nature du versement à savoir un acompte de sorte qu'il ne peut être valablement soutenu que son montant était définitif.

Par ailleurs et contrairement à ce qui est soutenu, l'article 3 de l'ordonnance rappelé ci-dessus rappelait déjà que le calcul du montant définitif de l'aide serait effectué ultérieurement ce qui entraînerait soit un solde soit un trop perçu pour le bénéficiaire de l'aide ouvrant droit pour la caisse dans ce dernier cas à une action en répétition, la procédure d'indu devant être initiée au plus tard au 1er juillet 2021, date portée au 1er décembre 2021 ultérieurement. Dans ces conditions et là encore, il en résulte que les sommes versées dans un premier temps étaient provisoires, le montant définitif de l'aide devant être calculé ultérieurement.

Par conséquent, il n'y a pas eu d'application rétroactive de l'ordonnance qui a bien précédé tant le versement des acomptes que la notification de l'indu.

Par ailleurs, l'ordonnance prévoyait que les modalités d'application seraient définies par décret ce qui a été fait le 30 décembre 2020. Dans ce cadre, si l'article 4 du décret prévoit que la détermination du montant définitif de l'aide doit être effectuée dans le cas d'espèce au plus tard le 30 juin 2020, il convient de relever que ce délai qui n'était pas prévu par l'ordonnance du 2 mai 2020, n'est au demeurant assorti d'aucune sanction.

Enfin, l'indu a été notifié par la CPAM à l'appelant le 3 septembre 2021 soit avant le 1er décembre 2021, date butoir fixée par l'ordonnance du 2 mai 2020 pour initier l'action en répétition.

Dans ces conditions, la procédure en répétition de l'indu est régulière et la caisse pouvait valablement procéder au calcul du montant définitif de l'aide dite DIPA et engager, le cas échéant, une action en répétition de l'indu avant le 1er

décembre 2021. C'est donc à juste titre que le premier juge a écarté les moyens tirés de l'absence de bien-fondé de la procédure.

Sur le montant de l'aide pour perte d'activité au titre du Dispositif d'Indemnisation pour Perte d'Activité

M. [I] [V] soutient que la caisse a fait une application erronée de l'article 2 du décret sur les modalités de calcul de l'aide. Il estime ainsi que les honoraires sont majorés des honoraires tirés de l'entente directe dans la limite d'un plafond de 8 650 euros par mois, ce plafond devant être apprécié mois par mois et non de façon globale. Il soutient en outre que la caisse a inclus dans les honoraires au titre de l'entente directe, les dépassements d'honoraires. Or, il estime que ces dépassements ont été justifiés par des circonstances exceptionnelles au sens de l'article 26.3 de la Convention Nationale organisant les rapports entre les chirurgiens- dentistes et l'assurance maladie du fait du Covid. Il en déduit que ces dépassements distincts de ceux résultant de l'entente directe n'ont pas à être réintégrés dans les honoraires issus de celle-ci.

La CPAM de [Localité 4] estime avoir correctement appliqué le plafonnement de l'entente directe. Par ailleurs, elle soutient que M. [I] [V] n'a déclaré que 1 442 euros de dépassement tirés de l'entente directe ce qui correspond à 7% de son activité alors que sur son exercice précédent, le taux de dépassement était de 54,17%. Elle rappelle par ailleurs que M. [I] [V] était conventionné en secteur 1 à tarifs opposables avec l'assurance maladie et était donc tenu de respecter les règles conventionnelles sur le dépassement d'honoraires. Dans ce cadre, elle précise que les dépassements sont soit engagés dans le cadre de l'entente directe soit dans le cadre des dépassements d'exigence. Or, dans cette dernière hypothèse, il appartient au professionnel de justifier pour chaque soin et patient de circonstances exceptionnelles permettant de les facturer.

L'article 2 de l'Ordonnance du 02 Mai 2020 dispose «'L'aide tient compte du niveau moyen des charges fixes de la profession, en fonction, le cas échéant, de la spécialité médicale et des conditions d'exercice et du niveau de la baisse des revenus d'activité du demandeur financés par l'assurance maladie. Il est également tenu compte :

- des indemnités journalières versées au demandeur par les régimes de sécurité sociale depuis le 12 mars 2020 ;

- des allocations d'activité partielle perçues depuis la même date pour ses salariés en application des dispositions de l'article L5122-1 du code du travail';

- des aides versées par le fonds de solidarité prévu par l'ordonnance du 25 mars 2020 susvisée.'»

Selon l'article 1er du Décret n° 2020-1807 du 30 décembre 2020 relatif à la mise en 'uvre de l'aide aux acteurs de santé conventionnés dont l'activité est particulièrement affectée par l'épidémie de covid-19 «'L'aide aux acteurs de santé instituée par l'ordonnance du 2 mai 2020 susvisée permet de couvrir les charges fixes des professionnels de santé comme suit :

1° Pour la période du 16 mars 2020 au 30 juin 2020 pour les professionnels de santé, les centres de santé et les prestataires visés à l'article 1er de l'ordonnance du 2 mai 2020 susvisée';

2° Pour la période du 15 octobre 2020 au 31 décembre 2020 pour les médecins exerçant leur activité en établissement

de santé et ayant subi une baisse d'activité due aux déprogrammations de soins non urgents visés à l'article 1er bis de la même ordonnance.

Le montant de l'aide et les charges fixes mentionnés au premier alinéa sont déterminées selon les modalités prévues à l'article 2 du présent décret. »

L'article 2 dudit décret dispose «'I. - Le montant de l'aide est déterminé selon la formule suivante : Montant de l'aide = (H2019 - H2020) × Tf - A

1° La valeur de H2019 correspond au montant total des honoraires sans dépassement perçus en 2019 par le professionnel de santé réduit à due proportion de la période mentionnée au 1° de l'article 1er et, le cas échéant, de manière distincte pour celle mentionnée au 2° du même article.

Pour les professionnels ayant débuté leur activité entre le 1er janvier et le 31 mars 2019, la valeur H2019 est calculée en prenant en compte les honoraires perçus en 2019 complétés des premières semaines d'activité réalisées en 2020 nécessaires pour obtenir une période de douze mois consécutifs. Le montant ainsi obtenu est proratisé à due proportion de la période mentionnée au 1° de l'article 1er et, le cas échéant, de manière distincte pour celle mentionnée au 2° du même article.

Pour les professionnels ayant débuté leur activité entre le 1er avril 2019 et le 1er mars 2020, la valeur H2019 est calculée en prenant en compte les honoraires perçus durant cette période réduit à due proportion de la période mentionnée au 1° de l'article 1er et, le cas échéant, de manière distincte pour celle mentionnée au 2° du même article ;

2° La valeur H2020 correspond au montant total des honoraires sans dépassement facturés ou à facturer par le professionnel de santé durant la période de l'aide mentionnée au 1° de l'article 1er et, le cas échéant, de manière distincte pour celle mentionnée au 2° du même article.

Pour les professionnels mentionnés à l'article 1er bis de l'ordonnance du 2 mai 2020 susvisée, les rémunérations perçues ou à percevoir liées aux réquisitions, aux activités de renforts dans un service de réanimation, en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou en établissements sociaux et médico-sociaux ne sont pas prises en compte dans la valeur H2020 ;

3° La valeur Tf correspond au taux de charges fixes moyen déterminé en fonction des charges fixes moyennes constatées pour chaque profession de santé et, le cas échéant, par spécialité médicale et secteur d'exercice.

Le cas échéant, la valeur de Tf est augmentée d'une majoration destinée à prendre en compte, au titre des charges de l'année 2020, les dépenses liées aux équipements supplémentaires de protection liées à l'épidémie de covid-19. A cette fin, le taux de charge moyen est ajusté en fonction du niveau moyen d'activité du professionnel de santé durant la période couverte par l'aide selon trois catégories. Ce niveau d'activité moyen est défini comme le rapport de H2019 sur H2020 ; la valeur de Tf varie selon que ce rapport est inférieur à 30 %, égal ou supérieur à 30 % et inférieur à 60 % ou enfin supérieur ou égal à 60 %.

Les taux de charges fixes (Tf) ainsi obtenus sont égaux aux valeurs déterminées en annexe du présent décret.

Le taux de charges fixes (Tf) est majoré de 5 points pour les professionnels de santé ayant adhéré à leur convention avec l'assurance maladie dans les 12 mois précédant le début de période mentionnée à l'article 1er afin de prendre en compte les charges supplémentaires consécutives à l'installation ;

4° La valeur A correspond au total des indemnités, des allocations et des aides mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance du 2 mai 2020 susvisée, perçues ou à percevoir au titre de la période mentionnée au 1° de l'article 1er et, le cas échéant, de manière distincte pour celle mentionnée au 2° du même article.

II. - Par dérogation aux dispositions du I, pour les chirurgiens-dentistes, les montants des honoraires à déclarer sont majorés des honoraires tirés de l'entente directe tels que définis dans leur convention dans la limite de 8 650 euros par mois à due proportion de la période mentionnée au 1° de l'article 1er du présent décret.'»

Il résulte de ces textes que pour les chirurgiens-dentistes ayant débuté leur activité avant le 1er janvier 2019 et travaillant hors établissement de soins comme c'est le cas en l'espèce, les honoraires à prendre en compte sont les suivants :

honoraires de l'année 2019 : la valeur de «'H2019'» correspond au montant total des honoraires sans dépassement perçus en 2019 par le professionnel de santé réduit à due proportion de la période du 16 mars 2020 au 30 juin 2020 majorés des honoraires tirés de l'entente directe tels que définis dans leur convention dans la limite de 8 650 euros par mois à due proportion de la période du 16 mars au 30 juin 2020.

honoraires de l'année 2020 : la valeur «'H2020'» correspond au montant total des honoraires sans dépassement facturés ou à facturer par le professionnel de santé du 16 mars au 30 juin 2020, majorés des honoraires tirés de l'entente directe tels que définis dans leur convention dans la limite de 8 650 euros par mois à due proportion de la période du 16 mars au 30 juin 2020.

En premier lieu, la comparaison des calculs réalisés par les parties permet de relever qu'elles s'accordent sur le montant des honoraires remboursables et des dépassements dans le cadre de l'entente directe pour 2019 (soit 62 031,67 euros) ainsi que sur les honoraires remboursables pour 2020 (soit 20 399 euros). En revanche, les parties diffèrent sur le montant des dépassements dans le cadre de l'entente directe fixé à 1 443 euros par l'appelant et à 24 578 euros par la caisse pour l'année 2020.

Il convient donc de rechercher le montant des honoraires tirés de l'entente directe tels que définis dans la convention nationale en les plafonnant à 8 650 euros par mois pendant 3 mois et demi (ce qui correspondant à la période du 16 mars au 30 juin 2020).

La convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, dans sa version au 26 novembre 2019 applicable en l'espèce, prévoit en son article 26 le mode de fixation des honoraires des chirurgiens-dentistes conventionnés.

Selon son article 26.1 «'Principe'», Le chirurgien-dentiste établit ses honoraires conformément aux dispositions de la présente convention et aux tarifs en vigueur au jour de la réalisation de l'acte (liste visée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale). Les tarifs d'honoraires, frais accessoires, forfaits et les majorations correspondant aux soins dispensés aux assurés sociaux et à leurs ayants droit sont fixés à l'annexe 1 du présent texte. Les caisses s'engagent à rembourser les honoraires et frais de déplacement correspondant aux soins dispensés par les chirurgiens-dentistes placés sous le régime de la présente convention, dans les conditions et sur la base des tarifs de la présente convention.

Selon son article 26.2 «'Entente directe et honoraires limites de facturation'», Les tarifs d'honoraires des soins prothétiques et orthodontiques peuvent faire l'objet d'une entente directe (ED) avec le patient. Un devis doit alors être établi par le chirurgien-dentiste, dans les conditions prévues à l'article 26.3. En cas d'entente directe, la caisse ne prend

pas en charge le montant des honoraires supplémentaires. Le chirurgien-dentiste porte alors la mention « ED » sur la feuille de soins et de traitements bucco-dentaires à la suite de l'indication du montant des honoraires perçus. Le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les honoraires limites de facturations tels que définis à l'article 4 et à l'annexe 4 et dans le cas où les actes n'ont pas de limite de facturation, le chirurgien-dentiste fixe ses honoraires avec tact et mesure.

Enfin selon son article 26.3 «'Dépassements'», Le chirurgien-dentiste s'interdit tout dépassement en dehors des cas ci-après :

-circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical (DE). Il ne peut notamment pas être utilisé pour des motifs liés à une tranche horaire définie arbitrairement par le praticien, au coût de fonctionnement du cabinet, à des raisons propres au praticien,

- Entente directe entre le praticien et l'assuré telle que définie à l'article 26.2,

-bénéfice du droit permanent à dépassement accordé sous le régime des précédentes convention : « DP », sous réserve des dispositions que prévoit cette dernière.

Dans ces cas, le chirurgien-dentiste fixe ses honoraires avec tact et mesure et indique sur la feuille de soins le montant perçu ainsi que le motif du dépassement (DE, ED, DP). Le chirurgien-dentiste fournit à l'assuré toutes les informations nécessaires quant à ce supplément non remboursé par l'assurance maladie et lui en indique notamment le montant et le motif. Le chirurgien-dentiste est tenu de respecter les tarifs limites de facturations tels que définis à l'article 4 et à l'annexe 4'».

En l'espèce, il n'est pas contesté que M. [I] [V] a adhéré à cette convention de sorte qu'il est dit «'conventionné'», il n'invoque ni ne justifie d'un droit à dépassement permanent. Par conséquent, ses honoraires ne peuvent être que les suivants :

honoraires tarifés selon les dispositions de la convention

dépassements d'honoraires dans le cadre de l'entente directe ou dépassements d'honoraires dans le cadre de circonstances exceptionnelles.

En l'espèce, les tableaux extraits de la comptabilité de l'appelant permettent de constater que seule la somme de 1 443 euros a été indiquée au titre des honoraires résultant de l'entente directe. M. [I] [V] soutient que le surplus des dépassements d'honoraires résulte des circonstances exceptionnelles.

Si l'article 26-3 de la convention rappelé ci-dessus prévoit effectivement la possibilité de facturer des dépassements d'honoraires hors entente directe, il convient de constater que cette possibilité est limitée aux cas de «'circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu dues à une exigence particulière du patient non liée à un motif médical'» et non liés «'à une tranche horaire définie arbitrairement par le praticien, au coût de fonctionnement du cabinet, à des raisons propres au praticien'»

S'agissant d'une règle dérogatoire, il appartient donc à M. [I] [V] de justifier que les dépassements d'honoraires facturés hors entente directe étaient liés à une exigence particulière de chacun des patients pour lesquels une telle facturation a été effectuée. Or, la cour d'appel ne peut que constater qu'il ne produit aucune pièce pour justifier d'une quelconque exigence de ses patients. La situation sanitaire liée au covid ne peut justifier le recours à ces dépassements ne constituant pas une exigence particulière du patient alors même que dans les périodes de confinement, les déplacements pour un motif médical étaient autorisés.

Par conséquent, à défaut pour M. [I] [V] de démontrer qu'il était en droit de facturer des dépassements d'honoraires pour circonstances exceptionnelles, c'est à juste titre que la CPAM a retenu ces dépassements d'honoraires comme relevant de la catégorie des dépassements d'honoraires au titre de l'entente directe étant précisé qu'il n'est pas contesté par l'appelant que ces derniers constituent pour les chirurgiens-dentistes plus de 50% de leur activité et qu'ils ont représenté 52,27% de son activité en 2019. Il est donc invraisemblable que pour la seule année 2020, il n'ait perçu que 7% d'honoraires liés à l'entente directe.

Enfin, l'appelant ne conteste pas le montant des dépassements d'honoraires chiffrés par la CPAM qui produit pour arrêter les sommes perçues à hauteur de 24 578,25 euros un tableau reprenant la liste des actes réalisés par M. [I] [V] en faisant apparaître la date des soins, la date du remboursement, le code et le libellé des prestations et soins, la quantité, le tarif des actes et le montant du dépassement pour chaque acte accompli entre le 16 mars 2020 et le 30 juin 2020.

Les honoraires pour l'année 2020 au titre des dépassements dans le cadre de l'entente directe doivent donc être arrêtés à la somme de 24 578,25 euros. Cependant, il convient de rappeler que la prise en compte des dépassements d'honoraires tirés de l'entente directe pour les chirurgiens dentistes était limitée à un plafond de 8 650 euros par mois pendant 3 mois et demi. Or, la cour d'appel relève que selon le tableau des actes produits par la CPAM et non contesté, les dépassements d'honoraires étaient d'un montant de :

-1.838,25 euros entre le 16 et le 30 mars

-0 euros en avril

-11 226,50 euros en mai

-11 513,50 euros en juin 2020.

Par conséquent, le montant des dépassements d'honoraires au titre de l'entente directe doit être limité à la somme de 19 138,25 euros après application du plafond de 8 650 euros sur les mois concernés soit mai et juin en l'espèce (soit 1 838,25+0+8 650+ 8 650). Le calcul global du plafond réalisé par la caisse sur toute la période concernée est défavorable à l'appelant et ne saurait donc être retenu ne correspondant pas en tout état de cause à la lecture littérale du principe d'un plafond de 8 650 euros par mois tel que fixé par le texte rappelé ci-dessus.

Dès lors, le montant total des honoraires pour 2019 et 2020 doit être arrêtés ainsi :

-62 031,67 euros pour l'année 2019 (soit 31 756,67 euros + 30.275 euros)

-39 537,25 euros pour l'année 2020, (soit 20 399 euros + 19 138,25 euros).

Enfin, il convient de préciser que, conformément aux dispositions de l'article 2 de l'Ordonnance du 02 Mai 2020, les aides préalablement versées (indemnités journalières, allocations d'activité partielle et aides versées par le fonds de solidarité) doivent être déduites du montant total. Le montant des aides perçues (5 007 euros), n'est d'ailleurs, pas contesté par M. [I] [V].

Par ailleurs, il convient de constater que les parties n'ont pas appliqué le même taux de charge fixé (0,476 pour la caisse et 0,446 pour l'appelant).

Le décret du 30 décembre 2024 fixe ainsi le taux de charges pour les chirurgiens-dentistes en son annexe 1:

43,1% pour une activité inférieure à 30%

44,6% pour une activité supérieure ou égale à 30% et inférieure à 60%

47,6% pour une activité supérieure ou égale à 60%.

L'article 2 du décret rappelé ci-dessus prévoit que le taux de charges est calculé ainsi : «' Ce niveau d'activité moyen est défini comme le rapport de H2019 sur H2020'» soit en l'espèce 0,64 ou encore 64% (soit 39 537,25/62 031,67). Par conséquent, la caisse a fait une juste application du texte en retenant un taux de charges de 47,6%.

En conséquence, et conformément aux dispositions de l'article 2 du Décret du 30 décembre 2020, le montant définitif de l'aide doit être calculé comme suit':

-(H2019 - H2020) × Tf ' A

-soit (62 031,67 euros ' 39 537,25 euros) x 47,6%] - 5 507 euros

-soit (22 494,42 euros x 0,476) ' 5 507 euros

-soit 10 707,34 euros ' 5 507 euros

-soit 5 200,34 euros.

Ainsi, il apparaît que le montant de l'aide réellement dû s'élevait à la somme arrondie de 5 200 euros alors que M. [I] [V] a reçu des acomptes d'un montant total de 8 139 euros.

Par conséquent, il convient de constater que l'indu s'élève à la somme de 2 939 euros (8 139 euros - 5 200 = 2 939 euros) et non de 5 028 euros.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il convient d'infirmer le jugement entrepris en ce qu'il a fixé le montant de la condamnation à la somme de 5 028 euros. En outre, M. [I] [V] sera condamné à verser à la CPAM de [Localité 4] la somme de 2 939 euros correspondant à l'indu sur l'aide pour perte d'activité au titre du Dispositif d'Indemnisation pour Perte d'Activité pour la période du 16/03/2020 au 30/06/2020.

Le jugement entrepris sera par ailleurs confirmé en ce qu'il a débouté M. [I] [V] de l'ensemble de ses demandes.

Sur les dépens et l'article 700 du code de procédure civile

En application de l'article 696 du Code de Procédure Civile, la partie perdante est condamnée aux dépens.

Il convient donc de confirmer le jugement entrepris de ce chef et de condamner M. [I] [V] aux dépens d'appel.

Enfin l'équité commande de ne pas faire application de l'article 700 du code de procédure civile en cause d'appel, le jugement étant par ailleurs confirmé de ce chef.

Dispositif

PAR CES MOTIFS

La cour d'appel, statuant après débats en audience publique, par décision mise à disposition au greffe, contradictoire et en dernier ressort,

CONFIRME le jugement du pôle social du tribunal judiciaire de Bayonne en date du 9 décembre 2022 en ce qu'il a :

-Déclaré recevable en la forme le recours formé par M. [I] [V],

-Débouté M. [I] [V] de l'ensemble de ses demandes,

-Rejeté les demandes au titre de l'article 700 du code de procédure civile,

-Condamné M. [I] [V] aux dépens.

L'INFIRME en ce qu'il a condamné M. [I] [V] à payer à la CPAM de [Localité 4] la somme de 5.028 euros,

Statuant de nouveau de ce seul chef infirmé,

CONDAMNE M. [I] [V] à verser à la CPAM de [Localité 4] la somme de 2 939 euros correspondant à l'indu au titre de l'aide pour perte d'activité au titre du Dispositif d'Indemnisation pour Perte d'Activité pour la période du 16 mars 2020 au 30 juin 2020 ;

Y ajoutant,

CONDAMNE M. [I] [V] aux dépens.

DIT n'y avoir lieu à application de l'article 700 du code de procédure civile en cause d'appel;

Arrêt signé par Madame CAUTRES, Présidente, et par Madame LAUBIE, greffière, à laquelle la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.

LA GREFFIÈRE, LA PRÉSIDENTE,