Cour de cassation, deuxième chambre civile, 13 mai 2026, n° 24-10.133

Cour de cassation | deuxième chambre civile | 13 mai 2026

Chronologie de l’affaire

Cour d'appel - Bordeaux
CHAMBRE SOCIALE SECTION B
03/08/2023
N° 21/06074

Cour de cassation
Deuxième chambre civile
13/05/2026
N° 24-10.133

Entête

CIV. 2

EO1

COUR DE CASSATION

_____

Arrêt du 13 mai 2026

Rejet

Mme MARTINEL, présidente

Arrêt n° 507 F-B

Pourvoi n° K 24-10.133

R É P U B L I Q U E F R A N Ç A I S E

_____

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

_____

Motifs

ARRÊT DE LA COUR DE CASSATION, DEUXIÈME CHAMBRE CIVILE, DU 13 MAI 2026

M. [M] [H], domicilié [Adresse 1], a formé le pourvoi n° K 24-10.133 contre l'arrêt rendu le 3 août 2023 par la cour d'appel de Bordeaux (chambre sociale, section B), dans le litige l'opposant à la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde, dont le siège est [Adresse 2], défenderesse à la cassation.

Le demandeur invoque, à l'appui de son pourvoi, deux moyens de cassation.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de M. Fougères, conseiller référendaire, les observations de la SAS Buk Lament-Robillot, avocat de M. [H], de la SELAS Froger & Zajdela, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde, après débats en l'audience publique du 25 mars 2026 où étaient présents Mme Martinel, présidente, M. Fougères, conseiller référendaire rapporteur, Mme Renault-Malignac, conseillère doyenne, et Mme Sara, greffière de chambre,

la deuxième chambre civile de la Cour de cassation, composée de la présidente et des conseillers précités, après en avoir délibéré conformément à la loi, a rendu le présent arrêt.

Faits et procédure

1. Selon l'arrêt attaqué (Bordeaux, 3 août 2023), à la suite d'un contrôle administratif de facturation, la caisse primaire d'assurance maladie de la Gironde (la caisse) a notifié le 30 janvier 2019 à M. [H], infirmier d'exercice libéral (le professionnel de santé), un indu correspondant à des anomalies de facturation d'actes réalisés entre le 1er mars 2016 et le 6 septembre 2018, puis lui a notifié, le 16 août 2019, une pénalité financière.

2. Le professionnel de santé a saisi de recours une juridiction chargée du contentieux de la sécurité sociale.

Examen des moyens

Sur le premier moyen, pris en ses deuxième et troisième branches et sur le second moyen

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 premier moyen, pris en sa première branche

Enoncé du moyen

4. Le professionnel de santé fait grief à l'arrêt de le condamner à payer à la caisse une certaine somme au titre de la restitution de l'indu, ainsi qu'à une pénalité financière, alors « que n'est pas indu, par application de l'article 5 des dispositions générales de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels le remboursement ou la prise en charge par une caisse primaire d'assurance maladie des actes effectués personnellement par un

auxiliaire médical s'étant, pendant la durée de son exécution, consacré exclusivement au malade qui en a été l'objet, peu important que l'auteur de la facturation ne soit pas l'auteur des soins réalisés ; qu'en jugeant que l'indu des actes facturés par le professionnel de santé à hauteur de 108.574,86 euros était justifié, après avoir pourtant constaté que les soins correspondant avaient été accomplis, lors du repos de ce dernier, par les infirmières remplaçantes, dont les contrats de remplacement n'avaient suscité aucune observation de la part du conseil de l'ordre ou de la caisse, et auxquelles les honoraires avaient été rétrocédés, en se fondant sur la circonstance inopérante tirée de ce que le professionnel de santé ne les avaient pas effectués personnellement, la cour d'appel a violé les articles L 133-4 et L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, ensemble l'article 5 des dispositions générales de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels annexée à l'arrêté du 27 mars 1972 modifié. »

Réponse de la Cour

5. Il résulte de la combinaison des articles L. 133-4, L. 162-1-7 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que des articles 5 et 7 de la première partie de la nomenclature générale des actes professionnels, annexée à l'arrêté du 27 mars 1972 modifié, dans leur rédaction applicable à la date des soins litigieux, que les actes de soins effectués par les infirmiers ne peuvent donner lieu à remboursement que dans les conditions fixées à la nomenclature générale des actes professionnels. En particulier, seuls peuvent être pris en charge par l'assurance maladie les actes effectués personnellement par l'auxiliaire médical.

6. Selon l'article R. 161-42 du code de la sécurité sociale, dans ses rédactions successivement issues du décret n° 2010-211 du 1er mars 2010 et du décret n° 2017-500 du 6 avril 2017, la feuille de soins, qu'elle soit sur support papier ou électronique, doit notamment comporter l'identifiant personnel du professionnel ayant effectué les actes, prescrit ou servi les prestations, sa situation d'exercice.

7. Il en résulte que la feuille de soins établit que les actes et prestations payés ou remboursés par l'assurance maladie ont été dispensés par le professionnel de santé dont l'identifiant personnel est mentionné.

8. En conséquence, ne peuvent donner lieu à remboursement par l'assurance maladie les actes et prestations qui n'ont pas été personnellement accomplis par le professionnel de santé dont l'identifiant personnel est mentionné sur les documents de facturation.

9. L'arrêt constate, par motifs propres et adoptés, que le professionnel de santé a perçu le remboursement d'actes effectués par deux infirmiers remplaçants qui, n'étant pas titulaires de la carte de professionnel de santé, utilisaient la sienne pour la transmission électronique des feuilles de soins avant de leur rétrocéder des honoraires conformément aux contrats de remplacement.

10. De ces constatations, faisant ressortir que le professionnel de santé avait perçu des remboursements pour des actes et prestations qu'il n'avait pas accomplis personnellement, la cour d'appel a exactement déduit que l'organisme d'assurance maladie pouvait exiger de ce dernier la restitution des prestations servies aux assurés.

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

Dispositif

PAR CES MOTIFS, la Cour :

REJETTE le pourvoi ;

Condamne M. [H] aux dépens ;

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

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé publiquement le treize mai deux mille vingt-six par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du code de procédure civile.