Cour de cassation, deuxième chambre civile, 4 décembre 2025, n° 23-14.062

Cour de cassation | deuxième chambre civile | 4 décembre 2025

Sujets abordés dans les motifs

#1 remboursement du trop perçu

#2 majorations et minorations

#3 règles de tarification

Chronologie de l’affaire

Tribunal judiciaire - Bobigny
20/01/2023
N° 22/00686

Cour de cassation
Deuxième chambre civile
04/12/2025
N° 23-14.062

Entête

CIV. 2

EC3

COUR DE CASSATION

Arrêt du 4 décembre 2025

Cassation

Mme MARTINEL, présidente

Arrêt n° 1256 F-B

Pourvoi n° K 23-14.062

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 4 DÉCEMBRE 2025

La caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis, dont le siège est [Adresse 1], a formé le pourvoi n° K 23-14.062 contre le jugement rendu le 20 janvier 2023 par le tribunal judiciaire de Bobigny (service contentieux social), dans le litige l'opposant à la société [3], société d'exercice libéral à responsabilité limitée, dont le siège est [Adresse 2], défenderesse à la cassation.

La demanderesse invoque, à l'appui de son pourvoi, un moyen de cassation.

Le dossier a été communiqué au procureur général.

Sur le rapport de Mme Dudit, conseillère référendaire, les observations de la SCP Gatineau, Fattaccini et Rebeyrol, avocat de la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis, de la SAS Buk Lament-Robillot, avocat de la société [3], et l'avis de Mme Pieri-Gauthier, avocate générale, après débats en l'audience publique du 22 octobre 2025 où étaient présentes Mme Martinel, présidente, Mme Dudit, conseillère référendaire rapporteure, 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 conseillères précitées, après en avoir délibéré conformément à la loi, a rendu le présent arrêt.

Faits et procédure

1. Selon le jugement attaqué (tribunal judiciaire de Bobigny, 20 janvier 2023), rendu en dernier ressort, la société [3], laboratoire de biologie médicale de ville (le laboratoire), a réalisé des tests de détection du génome du SARS CoV-2, dont elle a sous-traité l'analyse à la société [4], qui a facturé sa prestation à un organisme de sécurité sociale sous la cotation 5271.

2. A la suite d'un contrôle portant sur le calcul des majorations et minorations de la cotation de l'acte 5271, la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis (la caisse) a, par courrier du 12 novembre 2021, notifié au laboratoire un indu pour la période du 16 juin au 15 septembre 2021.

Examen du moyen

Sur le moyen, pris en ses première et troisième branches

Enoncé du moyen

3. La caisse fait grief au jugement d'annuler l'indu notifié au laboratoire, alors :

#1 remboursement du trop perçu

« 1°/ qu'aux termes de l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020 portant modification des conditions de remboursement de l'acte de détection du génome du SARS CoV-2 par amplification génique et prévoyant des conditions de majoration et de minoration du remboursement de l'acte côté 5271 en fonction des délais de réalisation des prélèvements et de transmission de leurs résultats, lorsque l'étude des facturations des tests PCR réalisés par un laboratoire de biologie médicale fait apparaître l'existence d'un indu au titre de cette cotation, l'organisme de sécurité sociale récupère le cas échéant le trop-perçu « selon la procédure prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale » ; qu'en conséquence, la CPAM recouvre l'indu auprès du laboratoire responsable des délais à son égard et vis-à-vis des patients, conformément à l'article L. 6211-19 du code de la santé publique, soit celui ayant opéré les prélèvements, « que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement », peu important qu'il ne s'agisse pas d'une difficulté de facturation au sens de l'article L. 133-4 dudit code ; qu'en l'espèce, le laboratoire d'analyses médicales [3], ayant effectué des prélèvements aux fins de dépistage du Covid-19 et étant responsable des délais d'exécution des tests, était seul tenu envers la CPAM au remboursement du trop-perçu résultant du calcul des majorations et minorations de la cotation de l'acte 5271, quand bien même avait-il sous-traité l'analyse des prélèvements à la société [4] et qu'en contravention du contrat de sous traitance, il avait fait facturer directement par cette société, qui en avait obtenu le remboursement, ces actes à la CPAM ; qu'en décidant au contraire que l'indu constaté dans le cadre du remboursement des actes 5271 et notifié par la CPAM le 12 novembre 2021 au laboratoire [3] n'était récupérable qu'auprès du bénéficiaire de ce remboursement, la société [4], et en annulant, en conséquence, cet indu, le tribunal judiciaire a violé les articles L. 133-4 et L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction applicable au litige, et L. 6211-19 du code de la santé publique ainsi que l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020 portant modification des conditions de remboursement de l'acte de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique ;

3°/ qu'aux termes de l'article L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale, en cas de transmission d'un échantillon biologique, le laboratoire de biologie médicale qui a pris en charge le prélèvement et transmis l'échantillon biologique à un autre laboratoire doit mentionner sur sa propre feuille de soins la totalité des honoraires correspondant à l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés ; que c'est donc le laboratoire qui a effectué le prélèvement qui est responsable de la facturation réalisée et qui est tenu, en conséquence, au remboursement du trop perçu visé à l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020 portant modification des conditions de remboursement de l'acte de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique, peu important les modalités d'organisation des soins qu'il a mis en place, en particulier en cas de sous-traitance des analyses des prélèvements effectués auprès d'un laboratoire tiers ; qu'en l'espèce, le tribunal ayant constaté (jugement p.5, al.2) que les tests réalisés au sein du laboratoire [3] auraient dû faire l'objet d'une facturation unique par ce dernier, à charge pour lui de régler les prestations sous-traitées à la société [4], et que ce laboratoire n'avait pas respecté les règles de facturation détaillées à l'article L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale auxquelles le contrat de sous-traitance faisait référence, la société [3] était nécessairement redevable envers la CPAM des sur-cotations versées à tort, peu important qu'elle n'ait pas été elle-même bénéficiaire du remboursement de l'acte 5271 ; qu'en considérant que le non respect des règles de facturation résultant des dispositions de l'article L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale et du contrat de sous-traitance entre la société [3] et la société [4] ne pouvait être sanctionné par l'application des majorations et minorations prévues à l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020, uniquement applicables dans le cadre du remboursement de l'acte coté 5271, et n'étaient récupérables qu'auprès du bénéficiaire de ce remboursement, la société [4], le tribunal judiciaire n'a pas tiré les conséquences de ses constatations et a violé l' article L. 162-13-3 du code de la sécurité sociale et l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020 portant modification des conditions de remboursement de l'acte de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique. »

Réponse de la Cour

Vu les articles L. 133-4 et L 162-13-3 du code de la sécurité sociale, 1er de l'arrêté du 12 mai 2020, portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, et 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020 portant modification des conditions de remboursement de l'acte de détection du génome du SARS-CoV-2 par amplification génique :

4. En application du troisième de ces textes, ont été modifiées les dispositions relatives à l'acte coté 5271 correspondant à la détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR et a été créé un acte coté 9006 correspondant au forfait du traitement des données administratives du test covid-19, applicable uniquement au laboratoire de biologie médicale responsable de l'examen qui prend en charge le patient. Ce traitement administratif, qui consiste notamment dans l'enregistrement de la date de la réalisation du prélèvement et de l'ensemble des informations demandées dans le système d'information national de dépistage, conditionne le remboursement de l'acte coté 5271.

#2 majorations et minorations

5. En application du quatrième, un système de majorations et minorations du remboursement de l'acte coté 5271 en fonction des délais de réalisation des prélèvements et de transmission de leurs résultats, intégrés dans le système d'information national de dépistage, a été mis en place afin d'inciter les laboratoires de biologie médicale de ville à réaliser les tests de dépistage Covid en un temps contraint. Si le montant des minorations est supérieur au montant des majorations, la différence est notifiée au laboratoire dans un délai maximum de deux mois suivant l'échéance de calcul. L'organisme de sécurité sociale récupère le trop-perçu selon la procédure prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

6. Selon le premier, en cas d'inobservation des règles de tarification, de distribution ou de facturation, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel, du distributeur ou de l'établissement à l'origine du non-respect des règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé, à un distributeur ou à un établissement.

7. Or, selon le deuxième, lorsqu'en application de l'article L. 6211-19 du code de la santé publique, un laboratoire de biologie médicale a transmis à un autre laboratoire de biologie médicale les échantillons biologiques à des fins d'analyse et d'interprétation, le laboratoire de biologie médicale qui a pris en charge le prélèvement et transmis l'échantillon biologique mentionne sur sa propre feuille de soins la totalité des honoraires correspondant à l'ensemble des examens de biologie médicale réalisés.

8. Il résulte de la combinaison de ces textes que l'organisme de sécurité sociale, qui a pris en charge le remboursement de l'acte 5271, peut recouvrer l'indu visé à l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020, auprès du laboratoire de biologie médicale de ville, qui, ayant effectué le prélèvement et enregistré les données horaires de prélèvement et de résultats dans le système d'information national de dépistage, aurait dû facturer cet acte, peu important que le paiement ait été effectué auprès du laboratoire ayant réalisé l'analyse dudit prélèvement.

#3 règles de tarification

9. Pour annuler l'indu notifié au laboratoire, ayant constaté que ce dernier avait facturé et perçu le remboursement des prestations de prélèvements et de traitement des données cotées 9006, tandis que la société [4] avait facturé et perçu le remboursement des prestations d'analyse cotées 5271, le jugement retient que les majorations et minorations ne relèvent pas d'une inobservation des règles de tarification, de distribution et de facturation au sens de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, car elles correspondent à une règle de remboursement. Il en déduit que si le laboratoire n'a pas respecté les règles de facturation, ce manquement ne peut être sanctionné par l'application des

majorations et minorations prévues à l'article 2 de l'arrêté du 12 décembre 2020, qui sont uniquement applicables dans le cadre du remboursement de l'acte 5271, et ne sont donc récupérables qu'auprès du bénéficiaire de ce remboursement.

10. En statuant ainsi, le tribunal a violé les textes susvisés.

Dispositif

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

CASSE ET ANNULE, en toutes ses dispositions, le jugement rendu le 20 janvier 2023, entre les parties, par le tribunal judiciaire de Bobigny ;

Remet l'affaire et les parties dans l'état où elles se trouvaient avant ce jugement et les renvoie devant le tribunal judiciaire de Bobigny, autrement composé ;

Condamne la société [3] aux dépens ;

En application de l'article 700 du code de procédure civile, rejette la demande formée par la société [3] et la 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 du jugement cassé ;

Ainsi fait et jugé par la Cour de cassation, deuxième chambre civile, et prononcé publiquement le quatre décembre deux mille vingt-cinq 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.