# REQUETE

Tribunal Judiciaire de XX

Pôle social

**POUR :**

**Monsieur/Madame XX**, né à xx le xx, de nationalité xx, exerçant la profession de chirurgien-dentiste, domicilié au xx[adresse professionnelle].

**CONTRE :**

**La CPAM de** XX, dont le siège est situé XX

**La Commission de recours de la CPAM de** XX, située XX

**PLAISE AU TRIBUNAL JUDICIAIRE DE XX**

I – FAITS ET PROCEDURE

1. Monsieur/Madame XX exerce la profession de chirurgien-dentiste.

En cette qualité, il a bénéficié du dispositif d’aide à la perte d’activité mis en place par le Gouvernement en 2020, en compensation des conséquences sur son chiffre d’affaires du premier confinement, du 16 mars au 30 juin 2020.

Il était invité par la CPAM, dès mars 2020, à utiliser les outils de calcul et le téléservice mis à la disposition des chirurgiens-dentistes via AMELI PRO pour présenter ses demandes d’avance sur ce dispositif d’aide.

Ce dispositif n’était alors encadré par aucun texte.

1. Utilisant donc les seuls outils d’AMELI PRO, Monsieur/Madame XX a adressé à la CPAM une demande d’avance portant sur des montant de :
* XX€ au titre du mois de mars 2020 ;
* XX€ au titre du mois d’avril 2020 ;
* XX€ au titre du mois de mai 2020 ;
* XX€ au titre du mois de juin 2020.

formulaires de demande de DIPA

Ces sommes ont été versées à Madame/Monsieur XX.

1. Par la suite, ont été édictés les textes sur lesquels ce dispositif avait en réalité vocation à s’appuyer :
* L’ordonnance n° 2020-505 du 20 juin 2020 *instituant une aide aux acteurs de santé conventionnés dont l’activité est particulièrement affectée par l’épidémie de covid-19 ;*
* Le décret n° 2020-1807 du 30 décembre 2020 *relatif à la mise en œuvre de l’aide aux acteurs de santé conventionnés dont l’activité est particulièrement affectée par l’épidémie de covid-19*
1. Par courrier en date du XX, la CPAM a informé Madame/Monsieur XX qu’il aurait bénéficié d’un trop-perçu d’un montant de XX€, et lui a demandé de procéder au reversement de cette somme.

Courrier CPAM de demande de reversement du trop perçu

Cette demande de reversement de trop-perçu n’étant pas fondée, Madame/Monsieur XX a adressé un recours :

* Par courrier en date du XX adressé à la CPAM ;
* Par courrier en date du XX adressé à la Commission de Recours de la CPAM.
1. *La Commission de recours de la CPAM a expressément rejeté sa demande par décision en date du XX.*

***OU***

*Faute de réponse de la Commission de recours de la CPAM, en application de l’article R.142-6 du Code de la sécurité sociale, une décision implicite de rejet de sa demande est intervenue deux mois après sa réception, soit le XX.*

Courrier de recours à la CPAM

Courrier de recours à la Commission de Recours de la CPAM

Courrier de rejet du recours par la Commission de Recours

**C’est en l’état que se présente ce dossier. Madame/Monsieur** XX **demande à ce que les décisions de la CPAM et de la Commission de Recours soient annulées, et à ce que le montant des sommes au remboursement desquelles il est tenu soit fixé à XX[case D49 calculette FSDL] €.**

II – DISCUSSION

**1/ En liminaire, sur la dispense de tentative de conciliation ou de médiation**

1. La présente requête a été précédée d’un recours administratif préalable obligatoire auprès de la Commission de Recours de la CPAM en application des articles L.142-4 et R.142-1 du Code de la sécurité sociale.

En application de l’article 750-1 du Code de procédure civile, elle est donc dispensée de tentative préalable de conciliation ou de médiation.

1. En tout état de cause, les délais de saisine de la présente Juridiction (deux mois à compter de la décision de la Commission de Réforme en application de l’article R.142-1-A-III du Code de la sécurité sociale) sont incompatibles avec une telle tentative, et constituent donc un motif légitime au sens de l’article 750-1-3° du Code de procédure civile.

**2/ Sur l’absence de caractère rétroactif du Décret n° 2020-1807**

1. En premier lieu, la demande de reversement de trop perçu présentée par la CPAM résulte de calculs réalisés sur les bases fixées par le Décret n° 2020-1807 du 30 décembre 2020 *relatif à la mise en œuvre de l’aide aux acteurs de santé conventionnés dont l’activité est particulièrement affectée par l’épidémie de covid-19.*

Or ce décret a été publié le 30 décembre 2020, soit bien après le versement des aides sollicitées.

**En application du principe de non-rétroactivité des actes administratifs, il ne peut donc en aucune manière fonder une quelconque régularisation des aides versées par la CPAM.**

**La régularisation de l’aide, et la demande de reversement adressée par la CPAM qui en est la conséquence, toutes deux fondées sur ce Décret sont donc irrégulières et infondées.**

**3/ Sur l’application erronée de l’article 2 du Décret n° 2020-1807**

1. Quoi qu’il en soit, la demande de reversement présentée par la CPAM s’appuie sur une application erronée de l’article 2 dudit décret, fixant les modalités de calcul du montant de l’aide.

Au titre de cet article, le montant de l’aide est déterminé selon la formule suivante :

Montant de l'aide = (H2019 - H2020) × Tf – A

Dans laquelle :

* H2019 correspond au montant total des honoraires sans dépassement perçus en 2019 proratisés sur la période de confinement (soit (CA 2019/12 mois)x3.5 mois) ;
* H2020 correspond au montant total des honoraires sans dépassement facturés ou à facturer sur la période de confinement (du 16 mars au 30 juin 2020) ;
* Tf correspond au taux de charges fixes moyen pour la profession des chirurgiens dentistes ;
* A correspond au montant d’aides perçues par ailleurs par le praticien.
1. S’agissant des chirurgiens-dentistes, l’article 2-II prévoit une dérogation définie en ces termes :

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**.

Pour les chirurgiens-dentistes, les honoraires 2019 et 2020 doivent ainsi être majorés des honoraires issus de l’entente directe, à hauteur de 8 650 € par mois.

Il ressort clairement de cet article que doivent être pris en considération les honoraires issus de l’entente directe à hauteur de 8 650 € **par mois** (4 325 € pour le mois de mars, le dispositif d’aide ne débutant qu’au 16 mars 2021).

C’est sur cette base que les calculs ont été faits lors du calcul des avances à percevoir.

Or dans ses calculs, la CPAM a réalité pris en considération un **plafond globalisé** de ces honoraires **à hauteur de 30 275 €** pour toute la période allant du 16 mars au 30 juin 2020 (8 650 x 3.5 mois).

1. La nuance est de taille, et aboutit à des calculs très différents. A titre d’exemple, et sur la base de chiffres fictifs, elle peut aboutir aux résultats suivants :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Mars 2020 | Avril 2020 | Mai 2020 | Juin 2020 | **Total** |
| Montant honoraires entente directe | 2 000 € | 8 000 € | 10 000 € | 25 000 € | **45 000 €** |
| Montant pris en considération si plafond « mensualisé » | 2 000 € | 8 000 € | 8 650 € | 8 650 € | **27 300 €** |
| Montant pris en considération si plafond « globalisé » |  |  |  |  | **30 275 €** |

**En prenant en considération, en contradiction avec le texte, un plafond globalisé à 30 275 € des honoraires tirés de l’entente directe au lieu d’un plafond mensuel de 8 650 €, la CPAM a artificiellement « gonflé » ces honoraires réalisés en 2020 et, partant, minoré l’aide à laquelle les praticiens, dont Madame/Monsieur** XX **avaient droit.**

Les calculs de la CPAM du montant définitif de l’aide sont donc erronés.

1. En réalité, le montant total et définitif de l’aide auquel peut prétendre Madame/Monsieur XX s’élève en réalité à XX[case D48 calculette FSDL] €.

Détail du calcul FSDL

**Le montant du trop-perçu par Monsieur/Madame XX s’élève donc à XX[case D49 calculette FSDL]€.**

**4/ Sur les fautes de la CPAM engageant sa responsabilité**

1. A supposer même que les calculs de la CPAM réalisées à l’occasion de la régularisation des aides soient exacts, cela signifierait que ceux qu’elle a réalisés lors des demandes d’aide initiales, étaient inexacts.

Cette circonstance serait alors de nature à engager sa responsabilité et s’opposerait à toute demande de reversement.

1. **En premier lieu**, ce calcul a été réalisé, et cette aide a été versée, sur la base du service de télédéclaration mis à la disposition des professionnels de santé par les services de la CPAM via AMELI PRO.

Ce sont donc les services de la CPAM qui ont réalisé le calcul du montant de l’aide à verser, selon les modalités qu’elle s’est fixée, sans que les professionnels de santé ne puissent en vérifier l’exactitude à défaut de toute base juridique.

Ce sont ces mêmes services qui ont réalisé les calculs présentés à l’appui de la demande de reversement de trop-perçu.

La différence entre ces deux calculs dénote donc, à tout le moins, **une erreur dans l’application des modalités de calcul** que la CPAM s’était elle-même fixée, soit au moment de l’instruction initiale de l’aide, soit au moment du calcul définitif.

Dans les deux cas, les professionnels de santé ne peuvent en aucun cas être tenus responsables ni subir les conséquences de telles erreurs.

1. **En deuxième lieu**, les outils de calcul mis à la disposition des praticiens par les services de la CPAM, puis le versement effectif des aides en fonction des montants obtenus ont induit les praticiens, de bonne foi, en erreur sur le montant exact des aides auxquelles ils avaient droit.

La jurisprudence administrative retient la responsabilité de l’administration qui commet de telles erreurs de calcul, et rejette systématiquement les demandes de reversement de trop-perçu.

à titre d’exemple, CE 16 décembre 2009, N°314907

1. **En dernier lieu**, et en tout état de cause, en procédant au versement de l’aide au montant retenu en période de crise selon ses propres calculs et sans aucune base légale, la CPAM a pris à l’endroit de Monsieur XX **une décision créatrice de droit**.

Or l’article L.242-1 du Code des relations entre le public et l’administration interdit qu’une telle décision soit retirée ou abrogée :

« **L'administration ne peut abroger ou retirer une décision créatrice de droits** de sa propre initiative ou sur la demande d'un tiers que si elle est illégale et si l'abrogation ou le retrait intervient dans le délai de quatre mois suivant la prise de cette décision. »

Dès lors que l’aide a été versée, la CPAM n’est donc plus fondée à en solliciter le reversement, ne serait-ce qu’en partie.

**Il ressort de tout ce qui précède que la demande de reversement adressée par la CPAM à Monsieur** XX **est irrégulière et infondée.**

**Le montant des sommes qu’il sera tenu de rembourser sera au contraire fixé à XX[case D49 calculette FSDL] €.**

PAR CES MOTIFS

***Plaise au Tribunal Judiciaire***

* **ANNULER** les décisions de la CPAM en date du XX et de la Commission de Recours de la CPAM en date du XX;
* **CONSTATER** que le montant définitif de l’aide auquel a droit Monsieur XX s’élève à XX[case D48 calculette FSDL] €
* **FIXER** le montant devant être remboursé parMonsieur/Madame XX à la CPAM à XX [case D49 calculette FSDL] € ;

*SOUS TOUTES RESERVES*

*Fait à* XX *le* XX

**Bordereau des pièces**

1. Justificatifs des demandes d’avance sur le dispositif d’aide de mars à juin 2020
2. Courrier CPAM de demande de reversement du trop-perçu
3. Courrier de recours à la CPAM
4. Courrier de recours à la Commission de Recours de la CPAM
5. Rejet du recours par la Commission de Recours de la CPAM
6. Détail du calcul du montant total et définitif de l’aide