

**GUIDE PRATIQUE
DU CONTROLE D'ACTIVITE
PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
A L'ATTENTION DES
MEDECINS ET DES CHIRURGIENS**



AUCHÉ

Conseil et défense des professionnels de santé

SCP Auché-Hédou - 1 rue Saint Firmin - CS 69524 - 34960 Montpellier Cedex 2
Téléphone 04 67 66 26 65 - Télécopie 04 67 66 12 94
jh.auche@ah-avocats.fr ; maud.geneste@ah-avocats.fr

PROPOS INTRODUCTIFS

Selon le Rapport de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, bilan 2017, paru en décembre 2018, les fraudes et activités fautives commises par des professionnels de santé, (médecins, chirurgiens, pharmaciens, masseur kinésithérapeutes, ambulanciers) représentent 132,4 millions d'euros de préjudice pour l'Assurance maladie (102,9 millions en 2016 avaient été détectés).

La lutte contre la fraude constituant l'une des priorités de la CNAMTS, a ainsi été mis en place en 2014 un outil de détection des professionnels de santé présentant des profils atypiques, l'outil « profileur », qui a permis de dégager d'importants gains de temps et d'accroître l'efficacité du ciblage sur les professions concernées.

Les Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LLFS) rajoutent tous les ans de nouvelles mesures visant à compléter et renforcer le dispositif de lutte contre les fraudes sociales.

La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 n'y échappe pas puisque le **quantum des pénalités a été substantiellement réhaussée pour passer de 50% à 70%** (Article L.114-17-1 du CSS), étant précisé qu'en cas de manœuvres frauduleuses ou de fausses déclarations, cette pénalité ne sera en tout état de cause, pas inférieure au montant des sommes indues : le praticien se verra donc à minima, doublement pénalisé.

Dans ce contexte, les contrôles des professionnels de santé se sont considérablement accrus ces dernières années¹ (notamment pour les chirurgiens-dentistes, les infirmiers libéraux, et les masseurs-kinésithérapeutes), et certaines professions médicales qui étaient encore relativement épargnées jusqu'à présent, entrent désormais également dans le champ de ce programme de lutte contre la fraude (rhumatologues, radiologues, chirurgiens...).

La difficulté réside dans le fait que dans la majorité des cas, il n'y pas une réelle fraude du professionnel de santé, entendu comme « *une irrégularité ou une omission **commise de manière intentionnelle** au détriment des finances publiques* »², mais plutôt une pratique jugée non conforme au regard des règles du Code de la sécurité sociale et du Code de la santé publique, qui aura vocation à perdurer dans le temps, aggravant de fait la situation du professionnel de santé (qui se verra notifier le remboursement des actes indus pour les trois dernières années a minima).

Si en principe les organismes de sécurité sociales se sont engagés dans les différentes Conventions nationales ou dans la Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé, à favoriser le dialogue et la concertation avec les praticiens, afin de les responsabiliser sur l'utilisation vertueuse du système de soins en les mettant notamment en garde contre les conséquences de la transgression des règles portant préjudice à l'Assurance maladie, le professionnel ne prendra malheureusement conscience de ses erreurs ou manquements qu'au moment de la mise en œuvre du contrôle d'activité.

1 8 077 actions contentieuses engagées en 2017 selon le Bilan 2017 de Lutte contre la France aux finances publiques.

2 Définition de la fraude par la Délégation nationale de la Lutte contre la fraude

Tout l'enjeu va donc résider dans la nécessité de favoriser le dialogue avec les Caisses de sécurité sociale et de faire valoir la position du praticien, en faisant état au besoin, des pratiques habituelles de la profession médicale concernée.

Il ne sera néanmoins pas rare dans les faits (*la finalité poursuivie par l'Etat étant de dissuader les fraudeurs*), de voir toutes les procédures mises en œuvre à l'encontre du professionnel de santé, qu'elles soient civiles, ordinaires, voire pénales, peu important la bonne ou la mauvaise foi du praticien.

Les praticiens pourront donc faire l'objet, dans leurs rapports avec les organismes d'assurance maladie (CPAM, RSI, MSA, complémentaires également), de plusieurs types de contentieux obéissant à des règles procédurales, à un objet et surtout une finalité distincte.

Dans la mesure où il est délicat de déterminer quelle action sera choisie par les organismes d'assurance maladie, il est indispensable de ne rien négliger, même si le contrôle apparaît minime au départ.

Le présent guide vise à présenter toutes les procédures³, envisageables à l'encontre de du médecin ou du chirurgien par les organismes de sécurité sociale, ayant pour point commun le contrôle de leur activité, et donner des conseils pratiques à tous les stades desdites procédures.

Les médecins et chirurgiens ciblés par les contrôles d'activité...

Les médecins ne sont pas épargnés par les contrôles d'activité diligentés par les Organismes de sécurité sociale.

Actuellement trois cibles sont ainsi assignées aux médecins-conseil locaux :

- les ordonnances bizones,
- les arrêts de travail,
- l'analyse de l'activité du professionnel.

Pour les ordonnances bizones et les arrêts de travail, un écart statistique (augmentation par rapport à la moyenne du taux des remboursements à 100 % des prescriptions pour les premières et par rapport à la moyenne du montant des indemnités journalières prescrites pour les seconds) est sans aucun doute le premier facteur déclenchant.

Néanmoins et depuis quelques temps, un second facteur est désormais à l'origine des contrôles d'activité, la suractivité⁴ déterminée par le nombre de patients pris en charge sur une journée, d'autant que l'identification des praticiens à contrôler se fait naturellement par repérage informatique.

3 Recouvrement de l'indu

- Plainte devant la section des assurances sociales
- Plainte devant la Chambre disciplinaire
- Procédure conventionnelle

A l'exception toutefois d'une action intentée devant le Tribunal correctionnel pour fraude ou abus particulièrement caractérisés

4 **Le Quotidien du Médecin n°9753, Tribune « Médecins généraliste, attention à l'hyper activité ! », par Jacques-Henri AUCHE**

18 minutes de colloque singulier pour 54 heures d'activité hebdomadaires : telle est la durée moyenne d'une consultation au cabinet selon une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Cela représente environ 180 consultations hebdomadaires ou 36 par jour. Il s'agit d'une moyenne, 40% des généralistes déclarant notamment qu'une consultation dure en général 15 minutes (tandis que pour un tiers, c'est 20 minutes).

Cette étude constitue indéniablement pour tout médecin généraliste un référentiel très instructif, surtout pour ceux ayant un important volume d'activité. C'est aussi l'occasion de rappeler qu'une hyperactivité peut être considérée comme une atypie, et donner lieu à un contrôle d'activité par le service du contrôle médical, lequel s'exerce dans le cadre des articles L 315-1 du code de la sécurité sociale. Si à l'issue de ce contrôle, des anomalies sont relevées, la Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire des médecins pourra être saisie par le service médical et/ou la CPAM.

D'ores et déjà, il y a lieu de rassurer : l'hyperactivité n'est pas en soi sanctionnée. C'est ainsi que la section des assurances sociales a pu juger que concernant « l'hyperactivité » du Dr M, *« le médecin-conseil plaignant fait valoir que l'exécution au cours des seules journées du 5 janvier 2009 et du 4 juin 2010, respectivement de 126 actes dont 91 consultations et 35 visites et de 104 actes dont 77 consultations et 27 visites (...) en l'absence de toute disposition prévoyant une durée minimale de l'acte accompli par un médecin, la circonstance, pour regrettable qu'elle soit, qu'un médecin effectue au cours d'une journée donnée un très grand nombre d'actes dans un temps nécessairement limité, ne suffit pas à soi seule, en l'absence en particulier de toute indication concernant les pathologies présentées par les patients en cause, à établir que ceux-ci n'auraient pas reçu de la part du Dr M des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science au sens de l'article R 4127-32 du code de la santé publique ; qu'ainsi, ... il n'y a pas lieu de retenir le grief »*⁵.

En revanche, l'hyperactivité peut être un élément parmi d'autres justifiant le prononcé d'une des sanctions prévues par l'article L 145-2 du CSS : c'est ainsi que la Section des assurances sociales a pu estimer que, pour une moyenne quotidienne se situant à près de 70 actes (56 consultations et 14 visites) *« le nombre d'actes quotidiens constatés ainsi sur une longue période est incompatible avec la qualité des soins »*⁶. Cette faute, parmi d'autres relevées, a justifié le prononcé d'une sanction.

En l'espèce, cette hyperactivité est apparue incompatible avec une qualité des soins, et il a été en outre relevé qu'elle était accompagnée d'une violation de l'obligation de *« limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins (...) »* (article R 4127-8 du CSP). La section des assurances sociales relevant notamment plusieurs actes facturés le même jour à un même patient. Après examen minutieux de chacun des dossiers, il a été estimé qu'aucune justification pertinente n'avait pu être apportée à ce nombre atypique d'actes, et c'est cela qui a justifié le prononcé d'une peine (interdiction de donner des soins pendant trois mois avec sursis). On peut se demander si dans ce cas, la multiplicité des facturations n'était pas effectuée avec une certaine légèreté, sans réelle justification ?

Les juridictions disciplinaires sont nettement plus sévères lorsque sont suspectées des facturations

5 CNOM, sect. des assurances soc., 13 févr. 2014, n° 5007

6 CNOM, sect. des assurances soc., 2 févr. 2011, n° 4741

fictives de consultations, des facturations injustifiées au mépris de l'obligation de limitation des prescriptions et des actes (article R 4127-8 du CSP) : *ainsi, la section des assurances sociales a pu juger qu'« une moyenne de 72 actes par jour soit 70 consultations et 2 visites avec deux journées où le Dr C a effectué une moyenne de 105 actes par jour ; qu'un tel volume d'actes a été incompatible avec la qualité nécessaire des soins et a été, en partie, par son ampleur, dénué de toute vraisemblance »* ; qu'en outre, dans 11 dossiers, le rythme d'une à deux consultations par semaine pour les patients concernés, pendant de très nombreuses semaines **n'était pas justifié par l'état de santé desdits patients** et que, dans 21 dossiers, le Dr C a facturé des **consultations mensuelles quasi-systématiques de patients « chroniques » pour obtenir le renouvellement de leur traitement**, en méconnaissance de l'obligation déontologique rappelée par l'article R 4127-8 du code de la santé publique qui impose au médecin de limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins ». L'interdiction prononcée de donner des soins a été de neuf mois, dont six avec sursis⁷ .

Il arrive en effet que l'hyperactivité, qui a justifié que soit effectué un contrôle de l'activité du médecin généraliste, révèle d'autres anomalies. Tel est le cas d'un praticien dont les consultations avaient été estimées à 9 minutes (ce qui rendait le colloque singulier singulièrement court !), et pour lequel les anomalies découvertes par le médecin conseil en charge du contrôle présentent un caractère plus grave : prescription de traitements de substitution aux opiacés dans des conditions non conformes aux données acquises de la science ; nombreuses prescriptions de buprénorphine (Subutex) à la dose maximum assorties de très fréquents chevauchements de prescription ; prescription de méthadone à un patient qui bénéficiait également d'un traitement par Skénan prescrit par son médecin traitant ; prescription de Skénan hors AMM sans justification médicale. En appel, la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a prononcé une interdiction d'exercer de deux ans, dont un an avec sursis⁸ .

A la lecture de ces quelques décisions, les médecins généralistes particulièrement actifs ont-ils lieu de s'inquiéter ? A notre sens, non. Comme cela a été souligné, l'hyperactivité n'est en soi pas condamnable. Et cela est rassurant car nombre de généralistes sont souvent soumis en premier lieu à des pressions environnementales et également financières, les contraignant parfois à devoir multiplier le nombre de consultations et visites.

Les pouvoirs des Caisses de sécurité sociale sont extrêmement étendus au regard des contrôles extrêmement pointilleux pouvant être diligentés à l'encontre des médecins à l'issue du contrôle d'activité, comme en témoignent les décisions précitées.

Toutefois, et malgré les pouvoirs étendus dont disposent les organismes de sécurité sociale dans la réalisation du contrôle d'activité, les Caisses ont néanmoins la charge de la preuve des fautes ou fraudes commises par le professionnel de santé, doivent respecter les règles du code de la sécurité sociale et se doivent d'examiner avec attention les éléments de réponse du praticien.

Les pouvoirs des Caisses de sécurité sociale sont donc certes étendus, mais ils ne sont cependant pas illimités, d'où la nécessité de bien maîtriser les règles incontournables régissant le contrôle d'activité.

7 CNOM, ch. disciplinaire nationale, 2 mai 2016, n° 12921

8 CNOM, sect. des assurances soc., 23 avr. 2013, n° 4965

CHAPITRE PRELIMINAIRE- ACTES POUVANT DONNER LIEU A UNE SANCTION FINANCIERE OU DISCIPLINAIRE

Les actes cotés par les Médecins peuvent présenter soit un caractère fautif (I), soit un caractère abusif (II), soit un caractère frauduleux (III).

Les activités frauduleuses sont susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale.

I- LES FAUTES

Les fautes sont les faits irréguliers au regard de textes juridiques, commis en dehors des circonstances définissant la fraude ou les pratiques abusives, et donc **sans volonté intentionnelle** de bénéficier d'un avantage ou d'une prestation.

Les activités fautives ne sont, en soi, pas susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale.

A titre d'exemple, ont été considérées comme fautifs :

- Le non-respect, de manière répétée, de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge
- Le non-respect, de manière répétée, de l'obligation de conformité des prescriptions avec le protocole mentionné à l'article L.324-1 du CSS (prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonal)
- Le fait, dans les prescriptions médicamenteuses, de ne pas respecter les dispositions de l'article R. 322-5 du Code de la sécurité sociale qui impose une distinction entre les affections exonérantes et celles qui ne le sont pas, sur des ordonnances dites bi-zone
- Le fait de manquer à l'obligation de prudence résultant de la prescription habituelle et renouvelée d'un traitement associant des médicaments susceptibles d'avoir des effets secondaires dangereux
- Le fait d'avoir mis en œuvre une thérapeutique dangereuse faisant courir un risque injustifié aux patients ou une thérapeutique non éprouvée ou encore d'avoir utilisé, pour établir son diagnostic, un procédé non suffisamment éprouvé
- Le fait d'avoir recours à une technique condamnée par l'Académie de médecine
- Le fait de ne pas avoir tenu compte des données acquises de la science, telles qu'elles résultent notamment des recommandations de bonnes pratiques élaborées par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en prescrivant un traitement à des doses ne respectant pas celles de la posologie d'entretien
- Le fait d'avoir établi des prescriptions sans examen du patient
- Le fait de coter distinctement et de manière réitérée sur deux feuilles de soins des actes concernant une même affection exécutés le même jour et au cours d'une même séance
- Le fait de facturer systématiquement et quotidiennement, pendant une longue période, autant d'actes cotés en C que de malades hospitalisés dans l'établissement et dont l'intéressé assurait la surveillance médicale, alors que la cotation ne pouvait se faire que pour les seuls malades pour lesquels un acte médical répondant à une nécessité thérapeutique avait été exécuté

- Le fait de ne pas effectuer une demande d'entente préalable prévue dans la nomenclature générale des actes professionnels
- Le fait de méconnaître dans les actes pratiqués et les traitements prescrits, le principe de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement est également fautif
- Le fait de donner des soins à des assurés sociaux pendant une période de suspension infligée par la section disciplinaire
- Le non-respect par un médecin de son obligation de formation continue
- Le fait d'inscrire sur une feuille de soins un coefficient non conforme à la nomenclature, même si la nomenclature apparaît inadaptée, car tant qu'elle est en vigueur, elle doit être respectée.

II- LES ABUS

La notion d'abus renvoie au critère d'excès, d'exagération ; lorsque le praticien outrepassé des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques, tant en termes d'acte, de cotations ou d'honoraires.

A titre d'exemple, ont été considérées comme abusifs :

- Radiographie non justifiée médicalement pour bilan systématique
- Consultations au-delà du besoin de soins du patient
- Renouvellement d'acte non justifié
- Abus d'échographie au cours de surveillance de grossesses

Cotations abusives :

- Le fait de facturer sous forme de consultations des séances de mésothérapie alors qu'aucune cotation de ces actes n'est prévue par assimilation,
- Le fait, pour un orthophoniste de coter et facturer des bilans non prévus par la NGAP des traitements ne correspondant pas au diagnostic et sans correspondance avec une pathologie précise

Prescriptions abusives :

- Prescriptions en quantité très supérieure, non seulement à ce que peut justifier l'état de santé du patient, mais aussi à ce que peut consommer un patient

Honoraires abusifs :

- Facturations d'honoraires outrepassant le tact et la mesure
- Le fait de pratiquer de manière habituelle des dépassements d'honoraires, sans avoir été inscrit sur la liste de notoriété et sans que ces dépassements aient été justifiés par des exigences particulières du malade
- La pratique d'honoraires manifestement excessifs par un praticien conventionné secteur honoraires libres.
- Facturation d'acte non réalisé, d'actes surcotés, ou réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins.

N.B : Un médecin n'encourt aucune sanction lorsqu'il demande des honoraires pour des soins qu'il a dispensés au profit de ses proches.

Les professionnels de santé relevant du secteur 2 sont surveillés à partir de plusieurs critères : le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux du dépassement), le taux de croissance annuel dudit rapport, la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués, le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du médecin ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient compte également des niveaux d'expertise et de compétence.

III- LA FRAUDE

La fraude peut être définie comme l'ensemble des faits illicites commis **intentionnellement** au préjudice d'un organisme social ou de l'Etat.

Les activités frauduleuses sont susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale⁹.

A titre d'exemple, ont été considérées comme frauduleux :

- Les facturations d'actes fictifs par un professionnel de santé
- Les certificats de complaisance destinés à faire obtenir indument une pension d'invalidité
- Les actes facturés et non exécutés
- La cotation d'actes hors nomenclature
- Les actes antidatés ou postdatés pour détourner la réglementation
- La facturation à plusieurs reprises du même acte
- L'utilisation frauduleuse de la carte vitale

Actes fictifs ou non effectués personnellement – La fraude le plus souvent relevée à l'encontre des professionnels de santé consiste en des actes fictifs, c'est-à-dire des actes facturés mais non effectués.

Un médecin commet une fraude en se prévalant faussement de la qualité d'employeur de deux infirmières dont il a facturé les soins.

Cotation d'actes ne correspondant pas à une prestation effectivement fournie – Un chirurgien ne saurait prétendre avoir exercé la fonction de chirurgien de renfort dans des conditions qui lui permettent d'intervenir sans délai, alors que pendant la durée de cette intervention, il effectuait d'autres actes de chirurgie qui le rendaient indisponible

Facturations irrégulières – Ont le caractère de fraude, les facturations irrégulières consistant à distinguer une intervention de réfraction de la cataracte d'une part, et la correction de l'astigmatisme et de la myopie d'autre part, alors que ces corrections entrent dans la facturation de la réfraction de la

⁹ Plainte avec constitution de partie civile en cas de fraude si le préjudice dépasse trois fois le plafond mensuel de la sécurité sociale soit 8655 €. • Sanction : jusqu'à 3 ans d'emprisonnement et 45 000 € d'amende si faux en écritures (article 441-1 du Code Pénal) et jusqu'à 5 ans d'emprisonnement et 380 000 € d'amende si escroquerie (article 313-1 du Code Pénal)

cataracte.

N.B : *Certaines cotations abusives graves et systématiques peuvent rentrer dans la catégorie des fraudes, telles que le fait de pratiquer des séances de sophrologie et de les coter comme des consultations alors qu'elles ne sont pas prévues à la NGAP, et de réaliser ces actes le plus souvent au cours de séances collectives, sans examen préalable des patients.*

En revanche, bien que des cotations inexactes de feuilles de soins aient un caractère fautif au regard de l'interprétation de la nomenclature générale des actes professionnels, leur faible nombre par rapport aux actes contrôlés démontre l'absence de volonté de fraude systématique et l'absence de manquement à la probité.

IV- LES MANQUEMENTS

Tous faits intéressant l'exercice de la profession

Il s'agit d'une notion très large, qui englobe toute une série de situations où le comportement du médecin ne rentre pas dans la catégorie spécifique des fautes, fraudes ou abus

Exemples – Constituent un manquement visé à l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale et susceptible de sanction :

- Le fait d'effectuer des radiographies d'une qualité telle qu'elles sont inutilisables
- Le fait de prescrire des examens de laboratoire sans intérêt eu égard à l'affection dont est atteint le patient
- Le non-respect de l'obligation d'exercice exclusif de la spécialité
- Le fait de laisser effectuer par des auxiliaires médicaux, sans surveillance directe du médecin, des traitements pour lesquels la réglementation impose la présence d'un médecin
- La délivrance de certificats d'arrêts de travail injustifiés
- Le fait, pour un médecin, de diffuser une circulaire dont il est l'auteur, conçue en termes violents et injurieux à l'égard de ses confrères et de l'Administration, et dépassant manifestement les
- Les demandes d'honoraires, sous forme de versements en espèces, antérieures à tout acte thérapeutique
- Le fait de percevoir des honoraires largement supérieurs à ceux mentionnés sur les feuilles de soins.

CHAPITRE I – LE PRE CONTENTIEUX : LE CONTROLE D'ACTIVITE

Les contentieux initiés par les Caisses d'Assurance maladie sont précédés d'un contrôle d'activité préalable.

Généralement réalisé par le service du contrôle médical, il se peut néanmoins que le contrôle soit uniquement effectué par les services administratifs des caisses, pratique de plus en plus courante.

V- LE CONTROLE D'ACTIVITE EFFECTUE PAR LES SERVICES ADMINISTRATIFS DES CAISSES

Il s'agit d'un contrôle du professionnel de santé simplifié, ne donnant pas lieu à des dispositions spécifiques dans le Code de la sécurité sociale, à l'inverse du contrôle d'activité réalisé par le Service médical.

La « réglementation » réside pour l'essentiel d'une série d'engagements de l'Assurance maladie ayant pour origine la Charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé, qui sera applicable en dehors de toute suspicion de fraude.

Il est réalisé par les services administratifs de l'organisme social, lesquels vérifient la réalité et la qualité de la dispensation des soins¹⁰ : il s'agit d'un contrôle sur pièces (données issues du système d'information de l'Assurance maladie) sans examen médical du patient.

Aucune appréciation d'ordre médical ne pourra être faite par eux.

Des agents agréés et assermentés¹¹, placés sous la responsabilité du Directeur de la Caisse, peuvent être envoyés par les organismes de sécurité sociale auprès des patients pour recueillir leur témoignage quant à la réalité des soins effectués par le praticien (constatations opérées par eux, prise de témoignages, questionnaire avec indication de la nature des soins et leur date).

Ces agents peuvent donc procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les procès-verbaux d'audition, dressés par agents assermentés, ne font foi que jusqu'à preuve du contraire conformément à l'article L.243-7 du Code de la sécurité sociale : c'est-à-dire que leurs déclarations prévalent tant que la preuve n'est pas apportée que celles-ci sont inexactes.

Il ne faut pas oublier que dans son Guide du contentieux par l'Assurance maladie, la CNAM elle-même, émet un avis réservé sur les comptes rendus rédigés par les agents enquêteurs du service médical.

Elle ne leur reconnaît aucun caractère irréfragable, et leur préfère les déclarations écrites et signées par l'intéressé lui-même :

¹⁰ En ce sens, Civ., 2ème, 3 mai 2006, n° 04-30.705

¹¹ Conformément à l'article L 243-7 du CSS notamment

*« Le rôle des agents enquêteurs du service médical repose sur une notion d'assermentation de valeur juridique limitée qui n'a **en aucune manière, un caractère irréfragable***

(...)

*Le meilleur compte rendu d'audition rédigé par un agent enquêteur du service médical **ne vaudra jamais une déclaration écrite et signée par l'intéressé lui-même** ».*

Cette absence de caractère irréfragable des procès-verbaux d'audition est primordiale dans la mesure où bien souvent, les patients sont intimidés ou culpabilisés lors des auditions qu'ils doivent subir, après réception d'une convocation, indiquant en caractères gras, que leur présence est obligatoire.

La réalité des soins dispensés (chronologie, durée, fréquence, nature) peut donc être très éloignée de ce qui apparaîtra dans l'attestation ou le PV d'audition.

Il convient de préciser sur point que l'agent assermenté ne doit jamais dissimuler l'objet du contrôle au patient auditionné¹².

CONSEIL PRATIQUE 1 : *il est fortement recommandé, voire même indispensable de veiller à recueillir au plus vite lui-même des attestations auprès de patients (réalisées sur formulaire Cerfa n° 11527*03 en joignant la copie de leur carte d'identité), de leurs proches, qui viendraient dans la mesure du possible contrecarrer les éléments de preuve opposés les organismes de sécurité sociale ou le service médical.*

CONSEIL PRATIQUE 2 : *il est indispensable de solliciter la communication des PV d'audition avant tout recours, afin que le praticien puisse en contrôler la forme et surtout le contenu, et éventuellement inviter ses patients à établir des attestations venant rectifier la réalité des soins.*

Bien que les caisses soient généralement réticentes à communiquer les PV d'audition (préférant proposer au praticien de consulter le dossier dans les locaux de la caisse), elle ne peut s'opposer à la transmission d'une copie du dossier, notamment sur demande de l'avocat, ce afin de respecter les droits de la défense du praticien.

CONSEIL PRATIQUE 3 : *il s'avère nécessaire de vérifier que les griefs invoqués par la Caisse suite à un contrôle d'activité réalisé par le service administratif ne constituent pas un détournement des règles de compétence dévolues au service médical, seul compétent pour porter des appréciations d'ordre médical en réalisant notamment un examen du patient.*

¹² Civ. 2e., 17 septembre 2015, n°14-20.343 : « que de ces constatations et énonciations, procédant de son pouvoir souverain d'appréciation des éléments de fait et de preuve soumis à son examen, le tribunal a pu en déduire que les conditions dans lesquelles le procès-verbal avait été établi, postérieurement à l'audition dont l'objet avait été dissimulé, privaient ce dernier de toute force probante, de sorte qu'il devait être écarté. »

VI- LE CONTROLE D'ACTIVITE REALISE PAR LE SERVICE MEDICAL

Il s'agit d'un contrôle particulièrement pointilleux, réglementé de fait par le Code de la sécurité sociale par de nombreuses dispositions, sous l'appellation de « contrôle médical »¹³.

La Charte du contrôle d'activité des professionnels de santé et plus spécifiquement, du Guide du contentieux à l'encontre des professionnels de santé à l'usage du Service du contrôle médical sont également des bases de données particulièrement fournies, fondement même des engagements de l'Assurance maladie pour la réalisation des contrôles d'activité dans le respect des professionnels de santé contrôlés.

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins a considérablement renforcé les missions et les moyens juridiques du service du contrôle médical des caisses d'Assurance maladie.

Ce contrôle réalisé par le Service médical est confié à des médecins conseils nationaux, régionaux et praticiens conseil de l'échelon local d'une caisse, pouvant non seulement examiner les données issues du système d'information de l'Assurance maladie, mais en sus, consulter les dossiers médicaux, entendre¹⁴ et examiner les patients.

Article L.315-1 IV du Code de la sécurité sociale

« À l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'Assurance maladie, de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie (...). La procédure d'analyse d'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret »

Ce contrôle sera étudié tout particulièrement dans le présent guide au regard des nombreuses dispositions qui l'encadrent.

VII- OBJET DU CONTROLE D'ACTIVITE

Le contrôle d'activité est constitutif d'une phase de « pré contentieux », car ce sont les résultats du contrôle réalisé qui amèneront les Caisses de sécurité sociale à engager diverses procédures à l'encontre du professionnel contrôlé.

¹³ Article L.315-1 et suivants, R.315-1 et suivants, et D.315-1 et suivants du Code de la sécurité sociale,

¹⁴ En ce qui concerne l'audition des patients en cas de contrôle par le service médical, il convient de citer la décision du TASS de Brest du 27 juin 2017, n°21300555 qui a frappé de nullité des auditions réalisées en ce qu'elles ne respectaient pas les règles minimales d'audition (à savoir l'information du patient auditionné que l'audition est libre).

Le contrôle d'activité d'un professionnel de santé peut s'inscrire dans le cadre d'un programme thématique de contrôle établi par l'Assurance maladie ; il peut également être déclenché par la détection d'activités atypiques statistiquement ou d'incohérences, voire faire suite à un signalement ou un témoignage.

En pratique, l'activité atypique ou l'hyper activité du médecin sera bien souvent la raison même du contrôle d'activité.

Il est essentiel pour le praticien de savoir que peuvent servir de déclencheurs :

- Un volume d'activité « aberrant »
- Des facturations de soins élevées,
- Des prescriptions significativement supérieures aux données moyennes constatées pour une activité comparable pour les médecins exerçant dans le ressort de la même ARS ou de la même CPAM (Médecins libéraux prescripteurs excessifs (MSAP)).

En fonction de la détection de ces seuils, le service médical décidera ou non de passer à l'étape suivante, c'est-à-dire de procéder à des recherches qui infirmeront ou conformeront les anomalies repérées.

Dès lors, le service médical rencontre les professionnels concernés, et procède à des visites sur place d'agents enquêteurs assermentés.

Le contrôle d'activité est dans la grande majorité des cas, déclenché dès lors que le praticien a un certain chiffre d'affaire, l'activité étant jugée trop importante par rapport à la moyenne régionale.

Dès lors que le contrôle sera engagé, le service médical va donc s'atteler à rechercher si n'ont pas commis les faits suivants :

- Que la facturation ou la demande de remboursement est conforme à l'activité du professionnel de santé,
- Que la facturation ou la demande de remboursement est conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur,
- Que l'ensemble des conditions administratives auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli,
- Que les dépenses présentées au remboursement, y compris les dépassements d'honoraires, ne méconnaissent pas la réglementation en vigueur et les engagements conventionnels.
- anomalies de facturation, certaines factures, télétransmises deux fois, ayant abouti à un double paiement,
- codification CCAM inadaptées entraînant une majoration induite de facturation,
- absence de mention de dépassement d'honoraires sur les supports de facturation S 3404,
- dépassement d'honoraires abusif,
- défaut de qualité des dossiers médicaux concernant les obligations réglementaires,
- actes relevant de la chirurgie esthétique et qui n'auraient pas dû être remboursés par l'assurance-maladie,
- réalisation d'actes de chirurgie orthopédique non médicalement justifiés,

- cotation C2 (applicable aux consultations dispensées à la demande du médecin traitant) alors qu'il fallait appliquer la cotation CS,

Il est indispensable que le praticien connaisse les modalités du contrôle d'activité réalisé par le Service médical, les tenants et aboutissants, puisque c'est de lui que découlera l'éventuel contentieux par la suite.

En outre, il est essentiel de savoir que la procédure suivie durant le contrôle d'activité pourra avoir une certaine influence par la suite.

VIII- DEROULEMENT DU CONTROLE D'ACTIVITE

ATTENTION : il est essentiel de conserver une copie de l'ensemble des courriers (ainsi que les enveloppes faisant foi de la date d'envoi ou de réception) adressés par les organismes de sécurité sociale, que le contrôle soit réalisé par le service administratif ou le service médical.

Le contrôle est en effet encadré par le Code de sécurité sociale dans certains délais, dont le non-respect pour entraîner la nullité du contrôle réalisé.

Comme indiqué supra, seul le contrôle d'activité réalisé par le Service médical est encadré procéduralement par le Code de la sécurité sociale et fera donc l'objet d'une étude.

Le contrôle d'activité réalisé par le Service médical se déroule, sauf exception, **en trois étapes**, examinées successivement :

1. L'information du praticien de la réalisation d'un contrôle,
2. Le contrôle proprement dit,
3. Les résultats du contrôle du Service médical et l'entretien éventuel à l'issue du contrôle.

1. Le début du contrôle

Lorsque le service médical entend procéder à un contrôle de l'activité d'un praticien, il en avise ce dernier par **courrier RAR**, et l'informe de la possibilité qu'il a d'entendre et d'examiner les patients.

Est jointe au courrier d'information du praticien, la Charte du contrôle d'activité des professionnels de santé réalisée par l'Assurance maladie.

En revanche, si une fraude est suspectée, le Service médical n'aura pas ces obligations d'information

et de communication à l'égard du médecin¹⁵.

N.B : la Caisse doit démontrer en quoi le contrôle d'activité a eu pour but de démontrer l'existence d'une fraude, pour justifier de l'absence d'information du professionnel de santé¹⁶.

Il résulte de ces dispositions, en dehors du cas de fraude, que le service du contrôle médical ne peut agir ainsi qu'après avoir informé le professionnel de santé de l'identité des patients qu'il entend auditionner en lui adressant la liste des patients qu'il envisage d'examiner¹⁷.

Dès lors que le service médical aura respecté cette obligation, il pourra alors convoquer, s'il l'entend, les patients.

2. Le contrôle d'activité lui-même

Le contrôle d'activité lui-même n'est soumis à aucune condition de délai, et peut donc s'étaler sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois.

Il porte sur deux éléments :

1. Le service médical analyse les éléments détenus par les organismes de sécurité sociale, mais également ceux fournis par le praticien.

A cet égard, le Service médical est en droit de demander au médecin l'ensemble des documents, actes, et éléments relatifs à la période d'activité examinée.

CONSEIL PRATIQUE : *le praticien doit s'attacher à produire tout ce qui est sollicité du Service médical, mais n'a pas forcément intérêt à fournir davantage d'éléments qui pourraient venir remettre en cause la régularité d'un acte fourni.*

2. Le service médical a en outre la possibilité d'entendre et d'examiner les patients, ce qui lui permettra notamment :

- de vérifier la réalité des traitements cotés,
- de déterminer si les soins étaient, ou non, justifiés,
- de constater la bonne ou mauvaise qualité des soins,
- de recueillir des informations des patients sur la manière dont les soins ont été effectués

Le Service médical a l'obligation de s'assurer de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concernée sa carte nationale d'identité, ou tout autre document comportant sa photographie¹⁸.

15 Art. R.315-1-1 du Code de la sécurité sociale

16 Dans une affaire jugée par la Cour d'appel de Paris, du 15 février 2018 (n°14/09.475), la Cour avait relevé justement que la Caisse ne démontrait pas en quoi le contrôle avait pour but de démontrer une fraude, traduisant ainsi le non-respect par l'organisme de sécurité sociale de la procédure de contrôle d'activité.

17 Civ.2e, 14 février 2013, n° 12-13743

18 L 315-1 IV bis

En outre, les médecins conseils du service médical, ainsi que les personnes placées sous leur autorité, n'ont accès aux données à caractère personnel que si elles sont **strictement nécessaires**, dans le respect du **secret médical**¹⁹.

CONSEIL PRATIQUE : *si le listing des patients susceptible d'être entendus n'est pas trop important, il est vivement recommandé de convoquer au plus vite les patients afin de faire un contrôle de tous les soins réalisés.*

3. L'issue du contrôle d'activité

Si une absence d'anomalies est constatée par le Service médical, le médecin en est avisé, et cela met un terme à la procédure.

En cas d'anomalie constatée, et c'est plus généralement le cas, le Service médical informe la CPAM des irrégularités constatées.

3.1. La notification des griefs

A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical informe le médecin concerné de ses conclusions.

Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, il en avise la caisse.

La Caisse notifie alors au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Classiquement, les griefs retenus par le Service médical se décomposent ainsi :

- Acte non constatés ou non réalisés
- Doubles facturations ou facturations d'actes
- Abus d'actes (actes non médicalement justifiés)
- Facturations d'actes hors nomenclature et actes non remboursables
- Acte non-conformes aux données acquises de la science
- Facturation non-conforme à la NGAP ou CCAM
- Radiographies non fournies

Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, il en avise la caisse.

Pour chaque patient, sont indiqués en outre le ou les médicaments facturés à tort²⁰.

Dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical²¹.

3.2. La demande d'entretien

La demande d'entretien²² présente un double intérêt : non seulement elle permet de retarder le début des procédures contentieuses (ce qui présente un intérêt au regard de la prescription de trois ans en matière d'action en récupération d'indu), mais en outre et surtout permet au praticien de s'expliquer.

Un tel entretien est justifié par les principes de respect du contradictoire et des droits de la défense.

Cela explique donc que le service du contrôle médical communique l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation et à l'entretien, comportant une liste des faits reprochés et l'identité des patients concernés²³.

CONSEIL PRATIQUE : *acceptez bien entendu l'entretien proposé, sinon le délai de trois mois, imparti par l'organisme de sécurité sociale pour faire connaître les suites qu'elle envisage de donner aux griefs, au-delà duquel elle sera réputée avoir renoncé à poursuivre le médecin, courra à l'expiration de ce délai d'un mois²⁴.*

C'est à ce stade que la procédure de contrôle prend un caractère réellement contradictoire, et le médecin doit donc veiller à ne pas négliger cette étape.

CONSEIL PRATIQUE : *le médecin a la faculté de faire des observations pour chacun des griefs qui lui sont faits. A ce stade, il est indispensable de reprendre pour chaque patient l'ensemble des anomalies retenues, et de fournir (si possible) des explications responsives détaillées au regard notamment du diagnostic clinique et des radiographies ultérieures.*

Il est en outre indispensable de répondre à tous les griefs invoqués, même ceux qui pourraient être d'ordre général.

CONSEIL PRATIQUE : *le médecin doit être extrêmement vigilant quant aux éléments de preuve recueillis par le Service médical.*

20 CE, Sous-sections 4 et 5 réunies, 26 octobre 2011, n° 337712 : « le service du contrôle médical communique au professionnel de santé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés ».

21 R 315-1-2 du CSS

22 R 315-1-2 du CSS

23 D 315-2 du CSS ; CE, Sous-sections 4 et 5 réunies, 26 octobre 2011, n° 337712 : « le service du contrôle médical communique au professionnel de santé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés ».

24 D 315-3 du CSS

Il faut savoir que le respect du contradictoire et le respect des droits de la défense s'imposent au Service médical, conformément :

- à l'article L.315-1 du Code de la sécurité sociale²⁵,
- à la charte du contrôle d'activité des professionnels de santé²⁶,
- au Guide du contentieux des professionnels de santé à l'usage du service du contrôle médical²⁷.

Au regard de ce qui précède, le médecin est donc en droit, en vue de préparer l'entretien, d'exiger la communication auprès du Service médical des PV d'audition des patients, attestations recueillis par eux ou des agents assermentés, de manière à ce que tous les éléments du litige soient connus de lui.

3.3. L'entretien à l'issue du contrôle d'activité

Cet entretien constitue le moment où le médecin peut s'expliquer sur les griefs qui lui ont été notifiés.

Il sera basé sur les conclusions du contrôle d'activité, mais également sur les remarques responsives du praticien, d'où la nécessité de faire les observations les plus complètes et précises possibles.

Lors de l'entretien, le médecin peut se faire assister par un membre de sa profession²⁸.

CONSEIL PRATIQUE : *vous avez tout intérêt à vous faire assister par l'un de vos confrères, soit membre d'un syndicat, soit même un confrère pourvu ainsi d'une certaine autorité ; il est au préalable indispensable d'avoir soumis à ce confrère l'ensemble des griefs afin qu'il puisse vous assister et vous défendre au mieux.*

3.4. Le compte-rendu d'entretien

Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui sera adressé au médecin, par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception, dans un délai de 15 jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dis-

²⁵ Article L315-1, IV du Code de la sécurité sociale dispose que :

« Il (le service du contrôle médical) procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'Assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-14-2. La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret. »

²⁶ « L'Assurance Maladie s'engage à ce que les moyens déployés aussi bien par les caisses que par le Service du contrôle médical respectent des principes éthiques tels que la règle de l'égalité de traitement des acteurs contrôlés sur l'ensemble du territoire, la présomption d'innocence, le secret professionnel, le secret médical partagé pour le service du contrôle médical, le principe du contradictoire, les droits de la défense ».

²⁷ « Dans un souci d'une meilleure crédibilité de notre action de contrôle et afin de prévenir tout contentieux direct que pourrait intenter les professionnels de santé à l'encontre des praticiens conseils pour ne pas avoir exercé leurs activités de contrôle en conformité avec les textes qui les encadrent. Il convient en matière d'analyse d'activité de respecter les principes précités d'information du professionnel de santé et d'échanges contradictoire ».

« Le mémoire (...) comporte l'exposé des motifs de la saisine, énumère les faits, précise les griefs, liste les référentiels auxquels le praticien a contrevenu et demande le prononcé de sanctions en application des textes qui les prévoient. Il est accompagné des documents auxquels il est fait référence. Il n'omet pas d'évoquer l'existence d'examens cliniques, d'expertises ou d'avis sapiteurs ».

²⁸ D 315-1 du Code de la sécurité sociale

pose alors d'un délai de 15 jours pour le renvoyer signé, accompagné d'éventuelles réserves.

A défaut, il est réputé approuvé.

CONSEIL PRATIQUE : *le médecin a tout intérêt, là encore, à renvoyer ce compte-rendu signé, à confirmer qu'il maintient ses observations responsives à chacun des griefs, et éventuellement si l'entretien a révélé des problématiques plus générales ou récurrentes contestées par le Service médical, à y répondre avec la plus grande attention.*

3.5. L'avis donné par l'organisme de sécurité sociale quant aux suites envisagées

A l'expiration du délai de 15 jours de la réception du compte-rendu d'entretien, l'organisme de sécurité sociale dispose **d'un délai de trois mois** pour faire connaître au médecin les suites qu'il entend donner aux griefs initialement notifiés.

A défaut, l'organisme de sécurité sociale sera réputé avoir renoncé à poursuivre le praticien contrôlé²⁹.

Il convient toutefois de prendre avec précaution cette disposition : elle ne peut être opposée que dans le cadre d'une action en récupération d'indu, mais en aucun cas dans le cadre d'une plainte.

CHAPITRE II – LA PHASE CONTENTIEUSE

Dans son avis faisant suite au contrôle d'activité réalisé, la CPAM indique la ou les procédure(s) qu'elle entend poursuivre à l'encontre du médecin.

Plusieurs procédures peuvent être mises en œuvre par les organismes de sécurité sociale :

- Recouvrement de l'indu correspondant auprès du professionnel de santé,
- Pénalité financière
- Plainte devant la Section des assurances sociales de la Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins (Contentieux du contrôle technique)
- Plainte devant la Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins
- Procédure conventionnelle
- Procédure pénale
- Transaction

Il faut préciser que depuis la loi LFSS du 30 décembre 2000, une disposition passée inaperçue est pourtant venue modifier substantiellement l'article L 145-2 du CSP relatif aux sanctions pouvant être prononcées par les Sections de assurances sociales des chambres disciplinaires : la proposition suivante a été rajoutée, à côté des abus d'honoraires : « *ou d'actes ou prestations réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L. 162-1-7* ».

Ce petit rajout permet désormais aux Caisses de ne plus avoir à faire de notification d'indu, mais bien de réclamer tant une sanction (avertissement à l'interdiction d'exercer) que le remboursement des indus devant la Section des assurances sociales...

Cela devrait donc conduire à saisir davantage cette juridiction...

§I - ENGAGEMENT SIMULTANEE DE PLUSIEURS PROCEDURES

Ces différentes procédures peuvent être engagées simultanément.

Dans la grande majorité des cas, l'organisme d'assurance maladie va engager à l'encontre du professionnel de santé une procédure de recouvrement d'indu et une procédure de pénalité financière.

Mais lorsque le préjudice de l'Assurance maladie devient financièrement important avec une suspicion de fraude et/ou que la qualité des soins notamment est remise en question, il est de plus en plus courant que les organismes de sécurité sociale choisissent de déposer une plainte devant la Section des assurances sociales.

Si jusqu'à présent cette plainte était généralement déposée parallèlement à une procédure de recouvrement d'indu, aujourd'hui les Caisses de sécurité sociale se contentent de cette seule plainte.

En effet, depuis la Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017, les Caisses peuvent non seulement obtenir une sanction à l'encontre du professionnel de santé (avertissement, blâme, interdiction temporaire ou permanente de donner des soins), mais également en cas d'abus d'honoraires, « *le remboursement du trop perçu ou du trop remboursé* » (voir Chap. II, §3, II, 4).

La particularité du contentieux devant la Section des assurances sociales est caractérisée par le principe d'indépendance des procédures, signifiant par exemple que même en l'absence de condamnation du praticien in fine à rembourser un indu, une sanction pourra tout de même être prononcée devant la Section des assurances sociales.

De même, une action disciplinaire n'entravera pas la poursuite devant la section des assurances sociales³⁰, y compris pour les mêmes faits, et inversement³¹.

Les sanctions prévues à l'article L 145-2 du CSS (prononcées par la Section des assurances sociales) ne sont toutefois pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du Code de la santé publique (prononcées par la Chambre disciplinaire) lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Ainsi, si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution³².

En outre, une action exercée à l'encontre d'un praticien devant la section des assurances sociales ne fait pas obstacle à ce qu'une action civile en réparation d'un délit ou quasi-délit soit mise en œuvre sur le fondement des articles 1240 et 1241 du Code civil (anciennement 1382 et 1383 du Code civil)

³³

En revanche, une action en répétition d'indu fera obstacle à une action en recouvrement engagée par la Caisse de sécurité sociale sur le fondement de l'article 1240 du Code civil en cas de méconnaissance des règles de tarification³⁴.

Enfin, l'éventuelle application d'une pénalité financière ne fait pas obstacle à la saisine de la Section des assurances sociales, lorsque les griefs relevés à l'encontre du médecin constituent également des fautes, fraudes ou abus visés à l'article L 145-1 du Code de la sécurité sociale, alors qu'elle exclut la mise en œuvre de sanctions conventionnelles (article L 162-1-14, IV du CSS).

Il faut savoir que l'Assurance Maladie continue à privilégier le prononcé de pénalités financières. C'est ainsi qu'en 2015, 2654 pénalités financières ont été prononcées (2583 en 2014), toutes professions confondues, représentant un montant global de 6 millions d'euros.

³⁰ L 416-5 du Code de la santé publique

³¹ CE, 15 févr. 1961, n° 25327 : Rec. CE 1961, p. 127.

³² Article L 145-2 du CSS, et en ce sens, CE, 25 février 2015, n° 361995 362679

³³ L'article 4126-5 du Code de la santé publique prévoit qu'un professionnel qui fait l'objet de poursuites disciplinaires devant la section des assurances sociales pour prescriptions abusives de médicaments, peut voir sa responsabilité mise en jeu sur le fondement de l'article 1382 du Code civil, en vue de la réparation du préjudice subi par les caisses de sécurité sociale, outre les pénalités financières qui peuvent lui être infligées sur le fondement de l'article L. 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

³⁴ Civ.2e., 17 février 2011, n°09-66.756 et Civ.2e., 8 octobre 2015, n°14-23.464 : seule la procédure en recouvrement d'indu peut être engagée en application de l'article L.133-4 du CSS,

Afin d'éviter les récidives, les Caisses adressent également des avertissements (2626 en 2015), sur le fondement de l'article L 114-17-1 du CSS : en cas de récidive, le montant de la pénalité financière peut alors être doublé (article R 147-5 III CSS). Il convient donc de prendre avec le plus grand sérieux de tels avertissements.

§ II – CONTENTIEUX DU RECOUVREMENT DE L'INDU

CONSEIL PRATIQUE :

1) il ne faut jamais négliger une demande en recouvrement d'indu qui peut augurer d'autres contentieux.

2) l'opportunité de contester une notification d'indu ne s'apprécie pas seulement en fonction du montant de l'indu réclamé, mais également en fonction de l'importance dans l'exercice professionnel, de la cotation contestée

3) une tentative de règlement amiable avec la caisse, à la suite de la notification d'indu ne doit pas vous faire oublier de formaliser les recours dans les délais prévus pour élever une contestation. Il est également prudent, si un accord est trouvé avec la caisse, de formaliser par écrit à titre de preuve.

I- OBJET DU CONTENTIEUX

En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations et produits, donnant lieu à remboursement, ou en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés, l'organisme d'assurance maladie peut agir en recouvrement de la somme indûment payée³⁵.

L'action en recouvrement de l'organisme social se **prescrit par trois ans** à compter de la date du paiement de la somme indue, et non de la date de facturation par le médecin :

Article L.133-4 alinéa 8 du Code de la sécurité sociale

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de fraude, la prescription sera de 5 ans.

Cependant, il n'y aura en pratique jamais de prescription.

En effet, le point de départ du délai sera reporté à compter du jour où la Caisse aura eu véritablement

connaissance de la fraude par le professionnel de santé concerné³⁶.

II- PREMIERE PHASE DU CONTENTIEUX

L'action en recouvrement s'engage par l'envoi au médecin d'une lettre motivée en Recommandé avec accusé de réception, lui notifiant le montant réclamé (voire par remise en mains propres contre récépissé, ou par un mail si un accusé de réception permet d'en attester la bonne réception).

1. La notification de payer

Cette notification doit préciser conformément aux dispositions de l'article R.133-9-1 alinéa 1 du Code de la sécurité sociale :

- La cause, la nature et le montant des sommes réclamées
- La date des versements indus donnant lieu au recouvrement
- Les voies et délais de recours et notamment la possibilité de contester en saisissant la Commission de recours amiable dans un **délai de deux mois**
- L'existence d'un **délai de 2 mois** à partir de sa réception, pour que le débiteur soit s'acquitte des sommes réclamées, soit formalise des observations écrites

***N.B :** c'est à l'organisme d'assurance maladie auquel il revient l'initiative de la demande d'indu, qu'il revient de rapporter la preuve du bien-fondé de sa demande et, plus précisément, du non-respect des règles de tarification et de facturation des actes, soins et prestations litigieux par le professionnel ou l'établissement de santé en application de l'article 1315 du Code civil³⁷.*

Ainsi, à ce stade, le médecin a trois alternatives :

- Soit payer l'indu immédiatement (ce qui n'est pas conseillé sauf erreur incontestable),
- Soit saisir la Commission de recours amiable de la CPAM,
- Soit ne rien faire et attendre qu'une mise en demeure lui soit notifiée.

***N.B :** le recours devant la Commission de recours amiable (CRA)³⁸ est un recours administratif préalable obligatoire avant toute saisine de juridiction devant être saisie dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision contre laquelle les intéressés entendent former une réclamation.*

CONSEIL PRATIQUE : Bien que la saisine de la CRA ne soit soumise à aucune forme particulière, il est vivement conseillé de l'adresser en LRAR en conservant précieusement tous les justificatifs à titre probatoire en prenant soin d'expliquer quels sont les griefs contestés et pour quelles raisons. Dans le doute, il y a lieu de préciser que le recours porte sur l'ensemble de l'indu notifié.

En l'absence de réponse dans le délai de deux mois suivant la réception de la réclamation par l'organisme de sécurité sociale, le médecin pourra considérer sa demande comme rejetée.

³⁶ Soc., 20 mai 1999,

³⁷ CA Nîmes, 5e ch. soc., 2 juill. 2019, n° 17/01156 : selon l'article 1315 du code civil, auquel ne déroge pas l'article L133-4 du code de la sécurité sociale, celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver.

³⁸ Art. R.142-1 et suivants du CSS

***N.B :** il est courant que les Caisses de sécurité sociale commencent à réaliser des retenues malgré le recours réalisé devant la Commission de recours amiable par le professionnel de santé contrôlé. Un tel procédé est parfaitement illégal dans la mesure où l'organisme de sécurité sociale ne peut procéder à des retenues que « si le professionnel de santé n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations, et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu »³⁹.*

2. La mise en demeure

En l'absence de remboursement de l'indu dans le délai de deux mois et en cas de désaccord avec les observations de l'intéressé, ou après notification de la Commission de recours amiable, une mise en demeure est adressée au médecin⁴⁰.

La mise en demeure, généralement faite par courrier RAR (mais pouvant être remise contre récépissé, ou par un mail si un accusé de réception permet d'en attester la bonne réception) doit comporter :

- La cause, la nature et le montant des sommes réclamées,
- La date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement,
- Le motif, le cas échéant, qui a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées,
- L'existence d'un **délai d'un mois** à compter de sa réception pour s'acquitter des sommes réclamées,
- L'existence et le montant de la majoration de 10% afférentes aux sommes dues en l'absence de paiement dans le délai d'un mois
- Les délais et voies de recours (délai de deux mois pour saisir de la commission de recours amiable prévue à l'article R 142-1 du Code de la sécurité sociale).

Si le paiement de l'indu a été entièrement payée dans le délai d'un mois suivant la date d'envoi de la mise en demeure, la majoration de 10% peut faire l'objet d'une remise par le Directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur de bonne foi, ou si le montant de l'indu est inférieur au seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ainsi, à ce stade, le médecin a trois alternatives :

- Soit payer la mise en demeure immédiatement,
- Soit saisir la commission de recours amiable de la CPAM (s'il ne l'a pas déjà fait) dans le délai de

³⁹ Article L.133-4 alinéa 9 CSS ; Civ.2e., 17 septembre 2015, n°14-22359 : « Attendu qu'ayant constaté, en des motifs non critiqués, qu'aucune contrainte n'avait été délivrée à Madame X à la suite de la notification d'indu, de sorte que la somme réclamée par l'organisme au titre de cet indu, n'était ni certaine, ni exigible, et ne pouvait être régulièrement prélevée par compensation, puis retenu que le sommes dues étaient contestées, la pénalité ne pouvait être établie, ni dans son principe, ni dans son montant, la cour d'appel, statuant en référé, a pu en déduire qu'il existait un trouble manifestement illicite auquel il convenait de mettre fin » ; Civ.2e., 9 mars 2017, n°16-12.209 : « attendu que l'organisme de sécurité sociale ne peut engager la procédure de recouvrement de l'indu précédemment notifié au professionnel ou à l'établissement de santé qu'après avoir adressé à ce dernier la mise en demeure qu'il prévoit ; faisant ressortir que la CAMIEG avait procédé, indépendamment des contestations de la clinique, au recouvrement de l'indu sans avoir au préalable adressé la MED à la suite de la notification d'indu, le tribunal en a exactement déduit que la procédure de recouvrement était entachée d'irrégularités, de sorte qu'elle devait être annulée »

⁴⁰ R 133-9-1 alinéa 4 du CSS

deux mois⁴¹ ,

- Soit ne rien faire et attendre qu'une contrainte lui soit notifiée.

***N.B :** si le médecin peut saisir la Commission de recours amiable d'une contestation contre la notification d'indu qui lui est adressée, il lui est également possible d'attendre la notification de la mise en demeure de payer pour contester devant la Commission de recours amiable le bien-fondé de l'indu qui lui est réclamé⁴² .*

***N.B :** en revanche, la nullité de la mise en demeure notifiée pour le recouvrement de l'indu est sans incidence sur la matérialité et la qualification du manquement aux règles de tarification et ne fera pas obstacle au remboursement⁴³ .*

3. La contrainte

Lorsque dans le délai de 1 mois à compter de sa notification, la mise en demeure est restée sans effet, le Directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte⁴⁴ qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le Pôle social du Tribunal de grande instance (anciennement le Tribunal des affaires de sécurité sociale) comporte tous les effets d'un jugement, et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Pour mémoire, une majoration de 10% est applicable aux sommes réclamées n'ayant pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Néanmoins, cette contrainte pourra faire l'objet d'une remise.

La signification de la contrainte⁴⁵ sera effectuée par un huissier de justice, ou par lettre Recommandée avec accusé de réception.

A peine de nullité, l'acte d'huissier ou la notification mentionne la référence de la contrainte et son montant, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, l'adresse du tribunal compétent et les formes requises pour sa saisine.

A ce stade ultime, le médecin n'a plus qu'une alternative :

- soit payer le montant indiqué dans la contrainte,
- soit saisir le Pôle social du Tribunal de grande instance en formant opposition par LRAR dans un délai de 15 jours à compter de la notification.

III- PHASE CONTENTIEUSE DEVANT LE POLE SOCIAL DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE (TGI)

41 R 142-1, alinéa 3 du CSS

42 Civ.2e., 24 janvier 2019, n°17-28.847, F+P+B

43 Civ.2e., 11 octobre 2018, n°17-22.686

44 L.133-4 alinéa 11 du CSS

45 R 133-3 du CSS

La Loi n°2016-1547 du 18 novembre 2016 a supprimé les Tribunaux aux affaires de sécurité sociale (TASS) et transféré depuis le 1er janvier 2019 le contentieux au juge judiciaire⁴⁶ et plus spécifiquement au Pôle social du Tribunal de grande instance.

Les justiciables seront informés par les greffes du transfert de leur dossier initialement en cours devant les Tribunaux aux affaires de sécurité sociale, et de la nouvelle juridiction devant laquelle ils seront prochainement convoqués.

Pour tous les nouveaux litiges, c'est donc le Pôle social du Tribunal de grande instance.

Le formalisme y est beaucoup plus strict. Ce n'est plus une simple déclaration de recours qui devra être déposée sous pli recommandé avec accusé de réception, mais une véritable requête comportant des mentions obligatoires précises et exposant de façon sommaire les motifs de la demande.

Cette requête devra être accompagnée d'une copie de la décision contestée, d'un bordereau de pièces et des pièces que le demandeur souhaite invoquer à l'appui de son recours.

Le décret n°2018-928 du 29 octobre 2018⁴⁷ a posé les règles applicables devant les pôles sociaux des Tribunaux de grande instance spécialement désignés. La grande majorité des principes de base ont été repris.

On peut toutefois déplorer la fin de la gratuité de la procédure puisque des frais pourront donc désormais être mis à la charge des parties (notamment l'article 700 du Code de procédure civile).

Le médecin peut comparaître personnellement ou se faire représenter, soit par un confrère, soit par un avocat.

CONSEIL PRATIQUE :

1) même s'il s'agit d'une procédure orale, il est vivement conseillé de déposer un argumentaire écrit détaillé. Par souci de respect du contradictoire, il convient d'adresser cet argumentaire écrit, ainsi que toute pièce dont vous entendriez vous prévaloir, à l'organisme de sécurité sociale directement.

2) la procédure étant orale, il vous est toujours possible de développer de nouveaux moyens à l'audience, dès lors qu'ils auront été débattus contradictoirement.

3) bien vérifier que le Service médical vous ait bien informé, au préalable, de l'identité des patients qu'il entendait auditionner et examiner ; faute de respecter cette obligation, la notification de payer est nulle, en raison de l'irrégularité de la procédure de contrôle. Le Pôle social du Tribunal de grande instance débouterait donc l'organisme de sécurité sociale de son action en récupération d'indu⁴⁸

⁴⁶ Art. L.142-8 CSS

⁴⁷ Art.142-10 et suivants du CSS

⁴⁸ Par arrêt en 14 février 2013, la Cour de cassation a en effet posé le principe selon lequel il résulte de ces dispositions (article R 315-1-1 du CSS, alinéa 2) que le service médical ne peut agir ainsi qu'après avoir informé le professionnel de santé de l'identité des

!

4) *Il est vivement conseillé de répondre à chacun des griefs de manière très précise.*

IV- RECOURS CONTRE LES JUGEMENTS DU POLE SOCIAL DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

La lettre de notification du jugement du Pôle social du TGI, tout comme l'arrêt d'appel, mentionne de manière expresse les modalités de recours possibles (appel ou pourvoi, et éventuellement mais rarement opposition).

1. L'appel

Les jugements rendus par le Pôle social du Tribunal de grande instance sont susceptibles d'appel dès lors que l'intérêt du litige est supérieur à 4.000 €, ou si le montant des demandes ne peut être déterminé.

Les jugements avant dire droit, ordonnant une mesure d'instruction ou une enquête, ne sont pas susceptibles d'appel immédiat, et ne pourront l'être qu'avec le jugement au fond.

L'appel peut être interjeté dans le délai **d'un mois** à compter de la notification du jugement et doit être fait au greffe de la Cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le tribunal qui a rendu la décision attaquée⁴⁹.

L'appel est suspensif, ce qui signifie que les condamnations prononcées par le Pôle social du TGI ne pourront être exécutées le temps de l'appel.

Le greffier de la Cour convoquera les parties à l'audience prévue pour les débats, dès sa fixation et quinze jours au moins à l'avance, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, et leur adresse le même jour, par lettre simple, copie de cette convocation.

De même que devant le Pôle social du Tribunal de grande instance, il s'agit d'une procédure sans représentation obligatoire : cela signifie que les parties peuvent se défendre elles-mêmes, et que la procédure est orale.

2. Le pourvoi en cassation

patients qu'il entend auditionner et examiner. » (Civ., 2ème, 14 février 2013, n° 12-13.743).

Sur renvoi de cassation, la Cour d'appel a, par arrêt en date du 10 décembre 2014, dit et jugé irrégulière la procédure de contrôle, et l'a annulée au motif que « l'examen éventuel des patients suppose une information préalable du professionnel de santé contrôlé quant à l'identité desdits patients ».

La Cour d'appel de renvoi a ainsi jugé que, « fondée sur une procédure annulée, la notification de payer du 6 juillet 2004, adressée par la CPAM ne pouvait prospérer, contrairement à ce qu'elle soutient. »

La Cour a ainsi débouté la CPAM de sa demande de récupération de l'indu (CA NANCY, 10 décembre 2014, n° 13/01566).

Les jugements rendus par le Pôle social du Tribunal de grande instance sont susceptibles d'un pourvoi uniquement si l'intérêt du litige est inférieur à 4.000 € (en deçà c'est l'appel), ou si le litige porte sur une remise de majoration de retard et de pénalité.

Le délai pour formaliser un pourvoi en cassation est de deux mois à compter de la notification du jugement par le Pôle social du TGI (ou de l'arrêt par la Cour).

La Cour de cassation peut déclarer non admis le pourvoi et le déclarer d'emblée irrecevable, si elle estime qu'il est manifestement dénué de moyens sérieux.

La Cour de cassation statue, quoi qu'il en soit, toujours en droit, et non en fait : elle ne vérifie donc que la bonne application de la règle de droit aux faits qui lui sont soumis, mais sans jamais pouvoir discuter desdits faits eux-mêmes.

Soit la Cour de cassation rejette le pourvoi, soit elle casse la décision et renvoie alors l'affaire devant une cour d'appel ou un Pôle social du TGI pour qu'il soit jugé à nouveau en fait et en droit

§ II – LES PENALITES FINANCIERES

Les pénalités financières peuvent être prononcées par les organismes de sécurité sociale à l'encontre des médecins.

Il faut savoir que l'Assurance maladie privilégie cette procédure, qu'elle estime souvent être la sanction la plus appropriée.

C'est ainsi qu'en 2017, sur 6 887 procédures de pénalités financières engagées, 4 552 pénalités financières (contre 3 220 en 2016) ont été prononcées in fine par les Directeurs des organismes du réseau au titre de l'article L.114-17-1 du CSS, pour un montant global de de l'ordre de 8,7 millions d'euros⁵⁰.

La CNAM a dans ce contexte de généralisation de la procédure, diffusé en 2017 à son réseau des nouveaux outils d'aide à la décision en matière de poursuite contentieuses, et notamment un guide concernant les pénalités financières afin d'aider les caisses dans la mise en œuvre de cette procédure.

Son régime, modifié depuis la Loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017, est régi par les articles L.114-17-1 et suivants, L.162-1-14-1 et R.114-11 et suivants et R.147-2 du Code de la sécurité sociale.

I. FAITS SUSCEPTIBLES DE JUSTIFIER LE PRONONCER D'UNE PENALITE FINANCIERE ET MONTANT DE LA PENALITE

Les faits susceptibles de justifier le prononcé d'une pénalité financières sont notamment les suivants :

- Toute inobservation des règles légales ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un verse-

ment indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie « sauf en cas de bonne foi de la personne concernée » ⁵¹ (Art. L.114-17-1, II, 1° du CSS).

- Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article (Art.L.162-1-15 du CSS),
- Les abus constatés par le Service médical en matière de soins, de prescriptions d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations (Art. L.114-17-1, II, 7° du CSS),
- Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée (Art. L.114-17-1, II, 10° du CSS).

Les hypothèses pouvant donner lieu à paiement d'une pénalité financière sont donc multiples. Le montant de la pénalité mentionnée fixé en fonction de la gravité des faits reprochés :

- soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 70% de celles-ci,
- soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.
- en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations, le montant de la pénalité ne peut être inférieure au montant des sommes concernées, majoré d'une pénalité dont le montant est fixé dans la limite de quatre fois le plafond mensuel de sécurité sociale

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive.

II. PROCEDURE APPLICABLE AUX PENALITES FINANCIERES⁵²

1. Le Directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie les faits reprochés au médecin en cause et le montant de la pénalité « envisagée », en lui indiquant qu'elle peut présenter ses observations ou demander à être entendue, dans un délai d'un mois

2. A l'expiration de ce **délai d'un mois**, le Directeur de l'organisme social peut :

- soit décider d'abandonner la procédure,
- soit notifier à l'intéressé un avertissement dans un délai de 15 jours,
- soit décider de poursuivre la procédure en notifiant au professionnel de santé la pénalité financière,

⁵¹ La Loi n°2018-727 du 10 août 2018 « pour un Etat au service d'une société de confiance », publiée au JO le 11 août 2018, date de son entrée en vigueur, a modifié les dispositions de l'article L.114-17-1 du Code de la sécurité sociale relatif à la pénalité financière. Cette loi est venue concrétiser le fameux « droit à l'erreur » dans les relations avec l'administration qui empêche la sanction d'un particulier ou professionnel qui commet une erreur pour la première fois en cas de bonne foi de sa part. La preuve de la mauvaise foi incombe dans ce cas, à l'administration.

⁵² R 147-2 du CSS

3. Le médecin peut dans un **délai d'un mois** à compter de la réception de cette seconde notification, former un recours gracieux auprès du Directeur qui doit alors saisir la Commission de pénalité financière dans un **délai de 15 jours** en lui communiquant les observations écrites de la personne concernée ou le procès-verbal de son audition. Le Directeur en informe simultanément le praticien et lui indique qu'il a la possibilité d'être entendu par la commission.

Il est vivement recommandé d'user de cette faculté d'être entendu par la commission sachant que le professionnel de santé peut se faire assister ou représenter par la personne de son choix.

4. La Commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité des faits reprochés, la responsabilité de la personne ainsi que le montant de la pénalité susceptible d'être appliquée. La Commission doit rendre son avis dans le délai maximum de deux mois à compter de sa saisine (ce délai peut être augmenté d'une durée d'un mois), à défaut, l'avis est « réputé rendu ».

N.B : l'avis de la Commission doit être adressé simultanément au Directeur de l'organisme et à l'intéressé⁵³.

5. A compter de la réception de l'avis (ou si la commission ne s'est pas prononcée dans le délai de trois mois maximum, l'avis étant alors réputé rendu), le Directeur de l'organisme social peut :

- soit décider d'abandonner la procédure : il en avise dans ce cas le professionnel de santé dans les meilleurs délais,
- soit notifier un avertissement à l'intéressé⁵⁴,
- soit décider de poursuivre la procédure, il doit alors saisir dans un **délai de 15 jours** le Directeur général de l'UNCAM d'une demande **d'avis conforme** (faute de saisine dans ce délai, la procédure est réputée abandonnée⁵⁵).

6. Le Directeur de l'UNCAM dispose d'un délai de 1 mois pour formuler son avis. Faute d'avis rendu par lui, il est réputé favorable. Si à l'inverse, l'avis du Directeur de l'UNCAM est défavorable, la procédure est alors abandonnée.

7. En cas de réception d'un avis favorable du Directeur de l'UNCAM, le Directeur de l'organisme social dispose alors d'un délai de 15 jours pour notifier la pénalité (à défaut de notification dans le

53 Civ.2e., 29 novembre 2018, n°17-18.248 : « que l'avis motivé de la commission portant notamment sur la matérialité des faits reprochés, sur la responsabilité de la personne et le montant de la pénalité susceptible d'être appliquée est adressé simultanément au Directeur de l'organisme et à l'intéressé ; que cette communication, destinée à assurer le caractère contradictoire de la procédure ainsi que la sauvegarde des droits de la défense, constitue une formalité substantielle dont dépend la validité de la pénalité prononcée par le Directeur de l'organisme, sans que soit exigée la preuve d'un préjudice ; (...) Attendu que pour rejeter les demandes, après avoir constaté que l'avis de la commission, dont la teneur est rappelée par la décision du 12 novembre 2014, n'avait pas été adressé directement à Mme Y..., le jugement retient que cette omission, que l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale ne sanctionne pas par la nullité, n'entache pas la validité de la décision du 12 novembre 2014 ainsi que cela résulte de l'article 114 du code de procédure civile ; Qu'en statuant ainsi, alors qu'il résultait de ses constatations que l'intéressée n'avait pas été destinataire de l'avis motivé de la commission saisie par le Directeur de l'organisme dans le cadre de son recours gracieux, le tribunal qui n'a pas tiré les conséquences légales de ses propres constatations a violé les textes susvisés ;

54 En prévention de la récidive, les Caisses ont adressé 2 635 avertissements en 2017 – Bilan 2017 – Lutte contre la fraude

55 R.147-2, III, 2° du CSS

délai imparti, la procédure est réputée abandonnée).

La notification de payer la pénalité doit comporter :

- la cause, la nature et le montant des sommes réclamées au titre des pénalités
 - la mention de l'existence d'un délai de 2 mois pour payer, ou à défaut exercer les voies de recours,
 - les modalités de recouvrement des pénalités par retenues sur les prestations ultérieures à verser,
- La pénalité peut en effet être contestée devant le Pôle social du TGI, la procédure (et les voies de recours) étant la même qu'en cas de notification d'indu.

N-B : comme en matière d'indu, les retenues réalisées en cas de contestation par le médecin et en l'absence de contrainte délivrée à l'intéressé ne peuvent être faites, la pénalité n'étant pas en conséquence, ni établi dans son principe, ni établie dans son montant⁵⁶ .

8. Faute de paiement de la pénalité dans le délai de deux mois, le Directeur de l'organisme social envoie alors une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai d'un mois.

La mise en demeure indique en outre l'existence et le montant de la majoration de 10% appliquée en l'absence de paiement dans ce délai.

9. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le Directeur peut délivrer une **contrainte** qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le Pôle social du TGI, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

Il s'agit donc, là encore, d'une procédure assez longue et complexe, mais particulièrement utilisée par les organismes de sécurité sociale.

Il convient de préciser qu'une telle procédure de pénalités financières ne fait pas obstacle à la saisine de la section des assurances sociales lorsque les griefs relevés à l'encontre du médecin constituent également des fautes, fraudes ou abus visés par l'article L 145-1 du CSS.

§ III – LA PROCEDURE DEVANT LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS – CONTENTIEUX DU CONTROLE TECHNIQUE

I- OBJET DU CONTENTIEUX

Il s'agit d'un contentieux disciplinaire visant à sanctionner les **fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession**, relevés à l'encontre des médecins à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux (*CSS, art. L. 145-1 et suivants et R. 145-1 et suivants*).

Comme l'a précisé le Conseil constitutionnel par décision en date du 17 janvier 2013⁵⁷ , cette procédure

⁵⁶ Civ.2e., 17 septembre 2015, n°14-22.359

⁵⁷ CC, décision n° 2012-289 QPC, 17 janvier 2013

« vise la recherche et le redressement de tout **abus professionnel** commis au préjudice de la sécurité sociale ou des assurés sociaux ».

Quelques fautes commises ne suffiront donc pas à qualifier un comportement abusif.

C'est bien la démonstration d'un abus professionnel qui doit être apportée par le Service médical et la CPAM.

Cet abus professionnel se caractérise par le caractère répétitif des anomalies retenues, et le caractère intentionnel.

La preuve du caractère répétitif et intentionnel des anomalies doit être rapportée, faute de quoi les anomalies ponctuelles ne sauraient donner lieu au prononcé d'une sanction⁵⁸.

Que recouvrent les notions de fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession ?

■ **La faute (ou manquement)** : c'est le fait pour le médecin de manquer à ses obligations (morales, civiles, pénales, professionnelles).

Il peut s'agir d'un fait positif (faute par commission) ou d'une abstention (faute par omission).

Ce sont notamment toutes les violations des règles édictées par le Code de la sécurité sociale et le Code de la santé publique.

L'Annexe 1 de la Charte du contrôle d'activité des professionnels de santé définit les activités fautives comme « *celles qui rassemblent de manière réitérée des faits irréguliers au regard des textes juridiques, commis par une ou plusieurs personnes physiques ou morales en dehors des circonstances définissant la fraude ou les activités abusives* »

■ **L'abus (ou manquement)** : juridiquement, c'est l'usage excessif d'une prérogative juridique. C'est l'action consistant pour le titulaire d'un droit, d'un pouvoir, d'une fonction, à sortir dans l'exercice qu'il en fait, des normes qui en gouvernent l'usage licite. C'est encore l'acte d'un sujet qui outrepassa son droit ou qui fait usage d'un droit sans respecter les règles prescrites pour cette action.

L'Annexe 1 de la Charte du contrôle d'activité des professionnels de santé définit les activités abusives comme « *celles qui rassemblent de manière réitérée des faits caractéristiques d'une utilisation d'un bien, d'un service ou d'une prérogative outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatives non juridiques lorsque aura été constatée l'une des circonstances suivantes* :

- *Exécution d'actes médicaux au-delà des besoins du patient,*

⁵⁸ CE, 6 nov. 1991, n° 88294 : JurisData n° 1991-047662 ; Bull. ordre méd. 1992, p. 224 ; CE, 12 mai 2004, n° 250185 ; CE, 30 janv. 1987 – Cons. ordre médecins, sect. ass. soc., 10 janv. 1991 : Jurisprudence professionnelle des médecins, op. cit., t. II, p. 150, n° 488 ; CE, 30 janv. 2002, n° 203328 ; Cons. ordre médecins, sect. ass. soc., 27 sept. 1995 : Jurisprudence professionnelle des médecins, op. cit., t. III, p. 168, n° 312.

- *Prescriptions d'actes paramédicaux, de produits de santé ou de services au-delà des besoins du patient,*
- *Facturation d'honoraires outrepassant le tact et la mesure »,*

■ **la fraude** : elle est définie comme une action faite de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits d'autrui (l'Assurance maladie ou les assurés notamment).

L'Annexe 1 de la Charte du contrôle d'activité des professionnels de santé définit la fraude comme « *les faits illicites au regard des textes juridiques commis intentionnellement par une ou plusieurs personnes physiques ou morales dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou induite au préjudice d'un organisme d'Assurance maladie* ».

Il faut savoir que la fraude est susceptible d'entraîner non seulement une saisine des juridictions disciplinaires, mais également des juridictions pénales⁵⁹.

■ **Tous faits intéressant l'exercice de la profession** : cette formule volontairement très générale permet de mettre en œuvre très facilement une procédure devant la Section des assurances sociales, sans avoir à caractériser une faute, un abus ou une fraude.

II- DEROULEMENT DE LA PROCEDURE

Il s'agit d'une procédure contradictoire et écrite, les parties pouvant être assistées ou représentées.

1. Composition de la Section des assurances sociales

Il s'agit d'une juridiction, dont il est essentiel de connaître la composition très particulière⁶⁰ :

- Un président, membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel
- Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins, désignés par le Conseil régional ou interrégional de l'Ordre concerné et choisis en son sein,
- Deux assesseurs représentant les organismes d'Assurance maladie

N.B : *Les membres ne peuvent siéger lorsqu'ils ont eu connaissance des faits de la cause à raison de l'exercice d'autres fonctions⁶¹.*

2. Saisine de la juridiction et instruction de la plainte

⁵⁹ Articles 441-1 et 313-1 du Code pénal

⁶⁰ CSS, art. R. 145-10 CSS

⁶¹ CE., 3 décembre 2010, n°322677

La procédure est écrite devant la Section des assurances sociales⁶² .

Une plainte est déposée devant la Section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre des médecins, adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, au secrétariat de la section ou déposée directement au secrétariat de la Section.

Les personnes et organismes habilités à saisir la Section des assurances sociales est limitativement énumérée. Il s'agit :

- Des organismes d'Assurance maladie ;
- Des caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs ;
- Des syndicats des médecins,
- Des Directeurs généraux des agences régionales de santé,
- Le médecin-conseil national, les médecins-conseils régionaux, médecins-conseils chefs de service du contrôle médical.

Il faut savoir que la saisine doit impérativement intervenir dans un délai de trois ans à compter de la date des faits⁶³ , à peine d'irrecevabilité (délai de prescription).

A compter de la saisine de la Section des assurances sociales, un rapporteur est désigné, lequel a plusieurs missions :

- Entendre les parties, recueillir tous témoignages et procéder à toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité,
- Demander aux parties toutes pièces ou documents utiles à la solution du litige
- Entendre, le cas échéant, tous témoins, un procès-verbal d'audition devant être dressé à chaque fois.
- Rédiger à l'issue de l'instruction un rapport.

Le secrétariat de la section des assurances sociales adresse au médecin concerné, par lettre RAR, la copie de la plainte et des mémoires dont elle est saisie, et l'invite à produire un mémoire ou ses observations en défense dans le délai fixé par le rapporteur.

S'agissant d'une procédure contradictoire, les plaintes, mémoires et pièces produits doivent être déposés ou envoyés en LRAR au secrétariat de la Section des assurances sociales en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux.

Le secrétariat assure la communication des écritures et pièces entre les parties, en assortissant cette communication d'un délai pour y répondre.

Une expertise ou une enquête peuvent être ordonnées, comme en procédure administrative.

Si la Section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre ne s'est pas prononcée dans le délai d'un an à

⁶² R.145-21 CSS

⁶³ R. 145-22 du CSS

compter de la réception de la plainte, la Section des assurances du conseil national de l'Ordre des médecins peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants.

3. Audience

L'audience est publique, sauf exception tenant notamment au respect de la vie privée. Les parties sont convoquées à l'audience par lettre RAR.

Les parties ont la faculté de choisir un défenseur :

- Un confrère inscrit au tableau et muni d'un mandat régulier de représentation ou par un avocat,
- Le conseil national, départemental ou régional par un membre titulaire ou suppléant de son conseil ou par un avocat,
- Les organismes de sécurité sociale par leur représentant légal, un de ses administrateurs, employés ou même un employé d'un autre organisme de sécurité sociale, par un avocat ou par médecin conseil
- Les syndicats par leur représentant légal ou par un avocat, ou même un membre de la profession muni d'un mandat régulier.

4. Décision et sanction

Dans la quinzaine de son prononcé, la décision de la Section des assurances sociales est notifiée par LRAR aux parties.

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la Section des assurances sociales dans sa décision sont ⁶⁴ :

- L'avertissement,
- Le blâme avec ou sans publication,
- L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de dispenser des soins aux assurés sociaux avec publication⁶⁵,
- Dans le cas d'abus d'honoraires ou d'actes ou de prestation réalisés dans des conditions méconnaissant les règles prévues à l'article L.162-1-7, le remboursement du trop-perçu à l'assuré ou le remboursement du trop-remboursé,

N.B : la Section des assurances sociales peut fonder une sanction sur des faits et griefs non dénoncés dans la plainte, dès lors que le médecin a été à même d'en prendre connaissance et de présenter sa défense⁶⁶.

N.B : Par ailleurs, le médecin à l'égard duquel la section des assurances sociales a prononcé une sanction définitive consistant en une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux se trouve placé automatiquement hors convention à partir de la date d'application de la sanction et pour une durée équivalente.

⁶⁴ L.145-2 du Code de la sécurité sociale

⁶⁵ CE, 13 avril 2018, 391895 : la sanction d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux fait obligation au praticien de s'abstenir de donner des soins aux assurés sociaux, même à titre gratuit. Elle fait également obstacle à ce que le praticien se fasse remplacer dans son exercice pour donner de tels soins, même s'il ne tire aucune contrepartie financière de ce remplacement.

⁶⁶ CE, 29 janvier 1997, n°155012

Cette sanction est très grave pour un médecin libéral, puisqu'elle le prive de toute activité, sauf hypo thèse de soins donnés à des non-assurés sociaux ou avec l'accord préalable de l'ordre, en hôpital public.

Il convient de noter que même si la CPAM n'a pas diligenté d'action en récupération d'indu, le remboursement des prestations litigieuses peut être demandé par le Service médical ou les caisses de sécurité sociale devant la Section des assurances sociales⁶⁷.

En effet, la notion d'abus d'honoraires, entendu largement par la jurisprudence, permet aux caisses d'obtenir le remboursement du préjudice de l'Assurance maladie devant la Section des assurances sociales sans avoir à utiliser la voie de la procédure de recouvrement d'indu, plus protectrice des intérêts du professionnel de santé.

N.B : il convient d'être particulièrement vigilant puisqu'en pratique, les organismes de sécurité sociales ont de plus en plus tendance à demander le remboursement intégral de leur préjudice devant la Section des assurances sociales au titre de l'abus d'honoraires. Un tel procédé est dans nombreux des cas, contestable, puisque la notion d'abus d'honoraires apparaît plus restrictive que la notion d'indu en ce qu'elle implique un abus de la part du professionnel de santé.⁶⁸

III- LES VOIES DE RECOURS

1. L'appel

Toutes les décisions rendues en première instance par les différentes sections des assurances sociales peuvent faire l'objet d'un appel⁶⁹.

L'appel est formé devant la Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Le délai d'appel est de 2 mois à compter de la notification du jugement.

L'appel a un effet suspensif, conformément aux dispositions de l'article R 145-58 du CSS : l'éventuelle peine prononcée en première instance ne sera donc applicable ni dans le délai pour formaliser appel (2 mois), ni durant l'instance d'appel.

L'appel doit être déposé ou adressé par LRAR au secrétariat de la Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins.

Dès réception de la requête d'appel, le secrétariat avertit tous les destinataires de la décision attaquée et de l'enregistrement de l'appel et de son effet suspensif.

⁶⁷ CE, Sous-sections 4 et 5 réunies, 17 mai 2006, n° 278550

⁶⁸ En effet, par un arrêt du 24 octobre 2008 (n° 288051), le Conseil d'état a défini la notion d'honoraires abusifs de telle sorte : « Constituent des honoraires abusifs au sens de l'article L. 145-2 du code de la sécurité sociale ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure ;

⁶⁹ CSS, art. L. 145-1, L. 145-5-1 et R. 145-1

Peuvent faire appel des jugements rendus par la Section des assurances sociales :

- Les parties intéressées, et notamment l'auxiliaire conseil qui aurait saisi la section des assurances sociales d'une plainte,
- Les organismes d'Assurance maladie,
- Les Directeurs généraux des agences régionales de santé
- Le ministre chargé de la Sécurité sociale

Cet appel présente **deux particularités** à connaître :

1. Lorsque la juridiction du second degré n'a été saisie que de l'appel formé par le praticien, elle ne peut légalement prononcer contre ce praticien une sanction plus grave que celle décidée par la juridiction de première instance⁷⁰.

2. Le recours incident, en l'absence de disposition législative ou réglementaire le prévoyant, n'est pas recevable devant les juridictions du contentieux du contrôle technique, et vaut pour l'ensemble des parties⁷¹.

Par exemple, une Caisse primaire d'Assurance maladie qui a demandé, à l'appui de sa plainte devant la juridiction de première instance, qu'un praticien soit condamné à rembourser aux assurés sociaux un trop-perçu d'honoraires, mais qui n'a pas usé, dans les délais prévus, de la voie d'appel contre la décision rendue par celle-ci, n'est pas recevable à présenter hors délai devant la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre les mêmes conclusions à titre de recours incident⁷².

De même, si un appel est seulement formalisé par l'organisme de sécurité sociale, la section des assurances sociales d'appel ne pourra prononcer une peine moins lourde que celle prononcée en première instance.

CONSEIL PRATIQUE : dans l'hypothèse où une peine que vous estimez minime a été prononcée contre vous, il est vivement conseillé de formaliser appel à titre conservatoire. Si à l'expiration du délai de deux mois, l'organisme de sécurité sociale n'a pas formé appel lui-même, vous aurez tout loisir de vous désister le cas échéant.

L'appel doit être déposé ou adressé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au secrétaire de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins.

L'appel ne contenant l'exposé d'aucun moyen ne peut être régularisé par le dépôt d'un mémoire exposant un ou plusieurs moyens que jusqu'à l'expiration de ce délai de deux mois⁷³.

La sanction est très lourde puisque c'est l'irrecevabilité de l'appel qui est encourue.

L'appel a un effet dévolutif, ce qui signifie que l'entier litige de première instance sera soumis à nouveau à la section des assurances sociales d'appel.

70 CE, 19 févr. 1964, n° 59193 : Rec. CE 1964, p. 117

71 CE, 5 mars 2003, n° 221643, jugeant ce principe non contraire à la Convention européenne des droits de l'homme

72 CE, 27 mars 1996, n° 131592

73 art. R. 145-59 du CSS

Dans la limite des conclusions et moyens dont elle est saisie, il sera donc statué sur :

- L'ensemble des éléments du litige et sur tous les griefs soulevés dans la plainte initiale, même si la juridiction de première instance ne les a pas retenus⁷⁴
- Des griefs qui n'ont pas été dénoncés dans la plainte⁷⁵ ou qui ont été écartés par les premiers juges, à la condition d'avoir mis l'intéressé en mesure de présenter utilement sa défense sur ces griefs.
- Des griefs invoqués pour la première fois en appel, à condition que le praticien ait été mis en mesure de produire ses observations sur ces faits nouvellement invoqués et non prescrits⁷⁶.

2. Le pourvoi en cassation

Les décisions rendues par la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins ne sont susceptibles de recours que devant le **Conseil d'Etat**, par la voie du recours en cassation (ministère d'avocat obligatoire et délai de deux mois).

A cet égard, il y a lieu de faire état de la décision récente du Conseil d'état du 1er juillet 2019 qui a précisé son champ de compétence :

« Si le choix de la sanction relève de l'appréciation des juges du fond au vu de l'ensemble des circonstances de l'espèce, il appartient au juge de cassation de vérifier que la sanction retenue n'est pas hors de proportion avec la faute commise et qu'elle a pu, dès lors, être légalement prise »⁷⁷

IV- LE PRINCIPE DU CONTRADICTOIRE

Selon la Cour de Justice de l'Union européenne, le principe du contradictoire impose au juge de veiller à ce que tous les éléments du litige fassent l'objet d'un débat entre les parties. (C.E.D.H., Feldbrugge c. Pays-Bas, 29 mai 1986, série A n°99, § 44)

Il est toujours possible de soulever devant les juridictions ordinales les exceptions liées aux principes généraux du Droit, aux principes à valeur constitutionnelle, sans oublier les principes du droit communautaire.

Un arrêt du Conseil d'État du 20 juin 1913, l'arrêt Téry, a consacré le développement de la protection des droits de l'individu par le Conseil d'État en confirmant les droits de la défense devant les juridictions ad-

⁷⁴ CE, 30 janv. 1953, n° 8533 : Rec. CE 1953, p. 46

⁷⁵ CE, 29 janv. 1997, n° 155012 : RJS 1997, n° 475

⁷⁶ Cons. ordre médecins, sect. ass. soc., 7 oct. 1993 : Bull. ordre méd. 1994, p. 210

⁷⁷ CE, Section, 1er juillet 2019, n°420987 : il s'agissait en l'occurrence d'un médecin dermatologue condamné devant la Chambre disciplinaire de première instance à la sanction de radiation du tableau de l'Ordre, et devant la Chambre disciplinaire nationale à la sanction de trois mois d'interdiction, une de ses patientes étant décédée du fait d'un mélanome non détecté par ses soins, malgré le suivi régulier de la patiente. Le Conseil d'état a ainsi jugé que « au vu de ce comportement, une interdiction d'exercer la médecine pendant trois mois, la chambre disciplinaire nationale a retenu une sanction qui, à supposer même, comme le soutient l'intéressé, qu'un suivi régulier n'aurait pas évité l'issue létale de la maladie, est, par son insuffisance, hors de proportion avec les fautes commises ».

ministérielles ainsi qu'en énonçant certaines des règles de fonctionnement et de procédure qui doivent être respectées.

Le même arrêt précise, en ce qui concerne les juridictions disciplinaires, que même si les règles de procédure ne sont pas écrites dans un texte général, il faut cependant appliquer à cette procédure «les règles essentielles des formes judiciaires».

Le Conseil d'Etat veille en effet au respect du contradictoire devant la Section des assurances sociales, son irrespect entraînant l'annulation de la décision de la CPAM :

« Lorsqu'un document essentiel n'est versé au dossier que le jour de l'audience au cours de laquelle est examinée la plainte dirigée contre l'intéressé, qui n'a pu ainsi en avoir connaissance utilement, il y a violation des droits de la défense » (CE, 16 déc. 1970, n° 78079 : Rec. CE 1970, p. 1179).

De même, lorsqu'il résulte des pièces du dossier que des observations produites par la CPAM au soutien de sa plainte devant la section des assurances sociales du conseil régional n'ont pas été communiquées par cette juridiction au médecin poursuivi, avant l'audience où il a été statué sur cette plainte, les droits de la défense ont été méconnus et ce vice de procédure entraîne l'annulation de la décision attaquée (Cons. ordre médecins, sect. ass. soc., 8 juin 1994 : Jurisprudence professionnelle des médecins, op. cit., t. II, p. 298, n° 1004). (Fasc. 95 : EXERCICE MÉDICAL À TITRE LIBÉRAL. – Contentieux du contrôle technique).

CONSEIL PRATIQUE : *Il est inutile de s'attarder dans l'argumentaire, sur les conditions dans lesquelles le contrôle préalable d'activité a été mené. En effet, contrairement à l'action en récupération de l'indu, les conditions et le respect des règles de l'enquête préalable diligentée par l'organisme social à l'origine de la plainte, sont sans influence sur la procédure suivie devant la Section des assurances sociales laquelle est contradictoire en vertu de l'article L.145-9-1 CSS⁷⁸.*

§ IV – LA PROCEDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LA CHAMBRE DISCIPLINAIRE DU CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

I- OBJET DU CONTENTIEUX ET SANCTIONS ENCOURRUES

Il convient de savoir que les organismes de sécurité sociale peuvent également, indépendamment d'une action devant la section des assurances sociale, déposer une plainte devant la Chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins.

⁷⁸ CE, 26 octobre 2011, n° 329295 : « les dispositions en vertu desquelles la procédure d'analyse d'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux assurés sociaux prévue au IV de l'article L.315-1 CSS se déroule dans le respect des droits de la défense, n'ont pas eu pour effet de faire de ce respect, lors de la procédure de contrôle médical, une condition de recevabilité de la plainte devant les juridictions chargées du contrôle technique, dès lors que le respect des droits de la défense est alors, assurés par l'application des règles de la procédure juridictionnelle ».

Le principe de proportionnalité implique alors que le montant global des sanctions éventuellement prononcées ne dépasse pas le montant le plus élevé de l'une des sanctions encourues⁷⁹.

Ce contentieux vise des manquements aux obligations déontologiques.

A cet égard, il y a lieu de rappeler notamment, au titre des devoirs des médecins les articles suivants du Code de la santé publique :

Article R 4127-8

« Le médecin est libre de ses prescriptions, qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité et à l'efficacité des soins. »

Article R 4127-29

« Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits. »

Article R4127-32

« Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents ».

Ainsi, si le contrôle d'activité révèle un nombre important d'actes non-conformes aux données acquises de la science, si un nombre important de patients titulaires de la CMU font l'objet de soins indus, il n'est pas exclu qu'une plainte soit déposée au titre de manquements aux règles de déontologie.

Il n'y a pas de délai imposé pour agir, aucune disposition législative et réglementaire n'enfermant l'action disciplinaire dans un délai de prescription de l'action, comme le soulignent régulièrement les juridictions ordinaires : en l'absence de texte, **les faits relevant de la section disciplinaire sont imprescriptibles**⁸⁰.

Cette plainte peut aboutir au prononcé des sanctions suivantes (Art. L.4124-6 CSP) :

- Avertissement
- Blâme
- Interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une ou plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales,
- L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années,
- La radiation du tableau de l'Ordre

⁷⁹ CE, 22 oct. 2014, n° 364384

⁸⁰ CE, ass., 27 mai 1955, n° 95027, Deleuze : Rec. CE 1955, p. 296 ; voir, par exemple, Chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins, 26 juin 2013, Dr Raymond L, n° 11464

II- PROCEDURE APPLICABLE

La procédure est régie par le Code de la santé publique. Aucune peine disciplinaire ne peut être prononcée sans que le médecin n'ait été entendu ou appelé à comparaître.

La plainte est portée devant la chambre disciplinaire du Conseil Régional de l'ordre des médecins.

1. Les parties à la procédure

L'action disciplinaire contre un médecin peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance par :

- le Conseil national ou le conseil départemental agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes formées par les patients, les particuliers, les organismes d'assurances maladies, les médecins conseils chefs du contrôle médical, les associations de défense ;
- le ministre de la Santé et le directeur de l'agence régionale de santé ;
- le procureur de la République ;
- un syndicat ou une association de praticiens.

Bien qu'il ne puisse saisir lui-même l'instance ordinale, l'auteur d'une plainte bénéficie de la qualité de partie à l'instance disciplinaire de première instance.

Si la plainte émane d'un organisme de sécurité sociale, et donc une personne morale, doit être produite la délibération de l'organe statutairement compétent ou, dans le cas du conseil départemental, la délibération signée par le président accompagné de l'avis motivé du conseil.

Les parties peuvent se faire assister ou représenter soit par un avocat, soit par un confrère devant la chambre disciplinaire, par un membre titulaire ou suppléant pour le conseil département ou le Conseil national, par un de leurs membres pour les syndicats.

2. La phase de conciliation

Une phase de conciliation est obligatoire, les parties étant convoquées dans le **délai d'un mois** à compter de la date d'enregistrement de la plainte⁸¹.

L'auteur de la plainte et le professionnel de santé sont convoqués par un membre de la Commission de conciliation du conseil départemental.

En cas d'échec, la plainte est transmise à la chambre disciplinaire de première instance du Conseil régional.

81 Article R 4123-19 du Code de la santé publique

nal, accompagnée de l'avis motivé du Conseil de l'Ordre dans le **délai de trois mois** à compter de la date d'enregistrement de la plainte⁸².

En cas de carence du conseil départemental, l'auteur de la plainte peut demander au président du Conseil national de saisir la chambre disciplinaire de première instance compétente⁸³.

CONSEIL PRATIQUE : *il est vivement recommandé de participer à cette phase de conciliation et de bien relire le Procès-verbal établi par le conciliateur.*

Il convient enfin de savoir que si la conciliation aboutit, le Conseil départemental peut toujours effectuer une saisine directe en son nom ou transmettre une autre plainte portant sur les mêmes faits.

3. L'instruction de la plainte

L'instruction de la plainte est confiée à un rapporteur qui peut d'office, ou à la demande des parties, recueillir tous témoignages et procéder ou faire procéder à toutes constatations nécessaires à la manifestation de la vérité.

La procédure a un caractère écrit et oral, et est contradictoire.

La communication des mémoires s'accompagne d'une invitation à y répondre dans le délai fixé par le président de la juridiction ordinale.

Dès réception de la plainte ou de la requête et des pièces jointes requises, la plainte, le mémoire et les pièces jointes sont notifiés dans leur intégralité en copie au praticien mis en cause.

La plainte, le premier mémoire du défendeur et les pièces jointes sont obligatoirement communiqués aux parties dans les conditions fixées par les dispositions du code de la justice administrative⁸⁴.

4. L'audience

La convocation a lieu quinze jours au moins avant la date d'audience.

Le médecin mis en cause doit obligatoirement comparaître devant la chambre disciplinaire de première instance.

L'audience est publique, sauf exceptions.

⁸² CE., 19 septembre 2014, n°361534B : l'expiration du délai de trois mois pour transmettre une plainte à la juridiction disciplinaire, a pour seul effet de permettre au plaignant de saisir le Président du Conseil national, et non de rendre irrecevable une plainte transmise par le conseil départemental au-delà de ce délai.

⁸³ CE., section, 15 juin 2011, n°324980 et 324982

⁸⁴ R. 611-3 et R. 611-5 du Code de justice administrative

L'oralité a une place très importante. Les membres de la juridiction ordinaire peuvent s'adresser directement aux parties.

Le praticien use obligatoirement de la parole en dernier.

Attention : *Des griefs nouveaux peuvent être soulevés à tout moment y compris pour la première fois lors de l'audience. Un temps suffisamment long doit alors être laissé au praticien pour préparer sa défense⁸⁵.*

5. Les recours possibles

L'appel

Plusieurs parties ont la faculté de faire appel⁸⁶ :

- l'auteur de la plainte
- le professionnel sanctionné
- le ministre chargé de la Santé
- le représentant de l'État dans le département
- le directeur général de l'agence régionale de santé
- le procureur de la République
- le conseil départemental
- le Conseil national de l'ordre intéressé.

L'appel est possible dans un délai de trente jours devant la juridiction ordinaire nationale, suivant la notification qui sera faite du jugement (attention, si la notification ne fait pas état d'un délai, le délai d'appel est le délai de droit commun de deux mois⁸⁷).

La requête d'appel doit contenir des moyens visant à contester la décision de première instance.

Sauf texte exprès, il n'est pas possible de former un appel à titre incident⁸⁸.

CONSEIL PRATIQUE : *il est toujours préférable de formaliser appel d'un jugement partiellement défavorable, quitte à s'en désister par la suite. Ne pas le faire exposerait le médecin à ne pas pouvoir critiquer un jugement partiellement défavorable en cas d'appel de l'organisme social.*

L'appel revêt en principe un caractère suspensif, sauf lorsque la juridiction ordinaire est saisie en application de l'article L. 4113-14 du Code de la santé publique (situation d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par le médecin expose ses patients à un danger grave).

La décision de la chambre disciplinaire du Conseil national de l'ordre devient définitive le jour où le praticien en reçoit notification.

⁸⁵ CE, 29 mai 2000, n° 198510

⁸⁶ L. 4122-3, V du CSP

⁸⁷ R. 4126-44 du CSP

⁸⁸ CE, 5 mars 2003, n° 221643

L'opposition

Dans l'hypothèse assez rare où le médecin qui, mis en cause devant la chambre disciplinaire nationale, n'a pas produit de défense écrite en la forme régulière, il est admis à former opposition à la décision rendue par défaut⁸⁹ dans un délai de cinq jours.

L'opposition a un effet suspensif, sauf lorsque la chambre est saisie d'un appel d'une décision prise en application de l'article L. 4113-14 du Code de santé publique.

ATTENTION : *Les jugements et ordonnances des chambres disciplinaires de première instance ne sont pas susceptibles d'opposition.*

Le pourvoi en cassation

Un recours en cassation est possible dans le délai de deux mois à compter de la réception de la notification de la décision ordinaire nationale.

Le pourvoi n'a pas un caractère suspensif sauf si un texte le prévoit expressément.

Il faut savoir que la proportionnalité de la peine aux manquements relève du pouvoir souverain des juges du fond, et il est donc impossible de contester devant la Cour de cassation, sauf dénaturation.

L'adéquation de la peine aux manquements relève du pouvoir souverain des juges du fond et ne peut être utilement discutée devant le juge de cassation sauf dénaturation⁹⁰.

Le recours en révision

Il s'agit d'une voie de recours extraordinaire qui mérite d'être connue.

Un recours en révision est possible si le médecin découvre que :

- La condamnation est intervenue sur la base de pièces fausses ou à partir du témoignage écrit ou oral d'une personne condamnée postérieurement pour faux témoignage
- Une pièce décisive, retenue par la partie adverse, n'a pu être produite
- Après le prononcé de la décision, un fait vient à se produire ou à se révéler ou lorsque des pièces, inconnues lors des débats, sont de nature à établir son innocence

Il faut savoir qu'un tel recours n'a pas d'effet suspensif et est enfermé dans le délai de deux mois à compter du jour où le professionnel de santé a eu connaissance de la cause de révision.

Les décisions statuant sur le recours en révision sont insusceptibles d'opposition mais peuvent faire l'objet d'un pourvoi en cassation.

⁸⁹ Article L. 4124-4 du CSP

⁹⁰ CE, 23 déc. 2013, n° 373292

§ V – LA PROCEDURE CONVENTIONNELLE

I. OBJET DU CONTENTIEUX ET SANCTIONS ENCOURUES

La Caisse peut sanctionner le médecin si elle constate certains faits relevant de l'inobservation des dispositions de la **Convention nationale des médecins (Arrêté du 20 octobre 2016)** après avoir respecté la procédure prévue par la convention.

Faits répréhensibles.

La caisse peut sanctionner le Médecin si elle constate certains faits relevant de l'inobservation des dispositions de la convention nationale des médecins, après avoir respecté la procédure prévue à cet effet par l'annexe 12 de la convention.

Faits répréhensibles. L'article 75 de la convention nationale vise les cas de non-respect suivants :

- Application, de façon répétée, de tarifs supérieurs aux tarifs opposables
- Utilisation abusive du DE (dépassement pour exigence particulière du patient)
- Pratique tarifaire excessive des médecins exerçant en secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent
- Non inscription, de façon répétée, du montant des honoraires perçus, au sens de la présente convention et de la réglementation
- Non-respect, de façon répétée, de la liste visée à l'article L. 162-1-7 du Code de la sécurité sociale
- Non-respect du droit à la dispense d'avance des frais au profit des bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS
- Non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique à l'assurance maladie, posée à l'article L. 161-35 du Code de la sécurité sociale, des documents de facturation des actes et prestations

L'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire s'effectue au regard de tout ou partie des critères suivants :

- le rapport entre la somme des honoraires facturés aux assurés sociaux au-delà du tarif opposable et la somme des tarifs opposables des soins délivrés par le médecin (taux de dépassement),
- le taux de croissance annuel du rapport ci-dessus,
- la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués,
- le dépassement moyen annuel par patient.

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel de santé ainsi que du lieu d'implantation du cabinet et de la spécialité. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence.

Il convient de souligner que cette liste n'est pas exhaustive, ce qui permet donc à la caisse d'élargir le

pouvoir des caisses de sanctionner d'autres faits, à condition toutefois :

- que ces faits soient directement liés à un engagement issu de la convention
- qu'il ait été constaté un abus, ce qui implique une violation répétée d'un droit

Sanctions encourues.

Lorsqu'un médecin ne respecte pas les dispositions de la convention, les sanctions encourues sont limitativement et expressément visées à l'article 76 de la convention nationale :

- Suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents qui peut être temporaire ou prononcée par la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention)
- Suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés (DA) tels que définis à l'article 34.1, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la présente convention ;
- Suspension de la ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant. La suspension de la ou des participation(s) des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;
- Suspension de la participation des caisses aux avantages sociaux pour les médecins exerçant en secteur à honoraires opposables d'une durée de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale. Pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent, cette sanction est d'un montant équivalent à la participation que supporteraient les caisses au financement de leurs avantages sociaux, sur une durée de trois mois, dans les conditions définies aux articles 60 et suivants de la convention, s'ils exerçaient en secteur à honoraires opposables. Dans le cas où ce manquement est de nouveau constaté après qu'une sanction, devenue définitive, a déjà été prononcée pour le même motif, cette sanction peut être portée à six mois de suspension de la participation de l'assurance maladie aux avantages sociaux ou équivalent pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent.
- Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre de la convention avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la présente convention (jusqu'à la date de renouvellement de la convention), selon l'importance des griefs.

Ces sanctions peuvent avoir des conséquences très graves pour le médecin :

- Elles entraînent la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale
- Lorsqu'un médecin est sanctionné par une mesure de mise hors convention, il ne peut se faire remplacer pendant toute la durée de la sanction. Il ne peut pas non plus exercer en tant que remplaçant d'un médecin exerçant à titre libéral et régi par la convention nationale

II. PROCEDURE APPLICABLE

Il s'agit d'une procédure en **4 étapes** décrite à l'Annexe 24 de la Convention :

- Avertissement donné par la caisse ou le service du contrôle médical,

- Envoi d'un relevé de constatation,
- Intervention de la Commission paritaire locale,
- Décision de la caisse

1. Avertissement de la Caisse

La procédure conventionnelle débute par une procédure préalable : l'injonction donnée par la caisse au médecin d'avoir à modifier son comportement.

Il s'agit d'un courrier d'avertissement de la caisse, adressé en RAR qui doit comporter l'ensemble des anomalies reprochées au professionnel (Article A de l'annexe XXII).

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique. Dans le cas du non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale, le médecin dispose d'un délai de trois mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

S'agissant d'une mesure qui n'est que préparatoire, et ne fait pas grief au praticien, elle est insusceptible de recours devant le Tribunal administratif.

2. Envoi des relevés de constatations

Si, à l'issue d'un délai d'au moins un mois ou de trois mois en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, à compter de la réception du courrier d'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique, la CPAM, pour le compte des organismes des autres régimes de son ressort géographique, communique le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPL48.

La CPAM procèdera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai d'un an suivant la réception du courrier d'avertissement non suivi de sanction, le médecin a renouvelé les mêmes faits reprochés.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la date de réception du relevé des constatations pour présenter ses observations écrites éventuelles par lettre recommandée avec accusé de réception et être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant et un praticien conseil du service médical.

A cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

3. Intervention de la commission paritaire locale

Il faut savoir que la commission paritaire départementale est constituée de deux sections :

- la section sociale composée de représentants des caisses d'assurance maladie
- la section professionnelle composée de représentants des organisations départementales

de syndicat national signataire et/ou de syndicats départementaux appartenant à une organisation nationale signataire

Lorsque la CPL en formation plénière juge nécessaire de recueillir auprès du praticien concerné, des éléments d'information relatifs à sa pratique médicale, le relevé de constatations est transmis à la « formation médecins » de la CPL.

Il revient à la formation « médecin » de se réunir dans le mois qui suit la tenue de la réunion de la CPL en formation plénière.

Dans un délai minimal de 15 jours précédant la réunion de la « formation médecin » de la CPL, le médecin est invité par lettre recommandée avec accusé de réception à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles. A cette occasion, il peut se faire assister par un confrère ou un avocat de son choix. Il peut envoyer des observations écrites à la commission en « formation médecin » au plus tard 3 jours avant la date de la réunion.

La CPL en « formation médecins » émet en séance un avis sur la décision à prendre.

L'avis rédigé par le secrétariat de la commission est adressé dans les 15 jours suivant la réunion au Président et au Vice-Président. Il appartient à ces derniers de signer cet avis dans les 7 jours suivant sa réception.

A l'issue de ces délais l'avis de la CPL en « formation médecins » est réputé rendu et transmis au médecin.

4. La décision de la caisse

Une fois l'avis de la CPL rendu ou réputé rendu, le directeur de la CPAM arrête, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, la décision qui s'impose au médecin.

Le directeur de la CPAM notifie la décision prise au professionnel, pour le compte des autres régimes, l'éventuelle mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette notification doit être motivée, préciser les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Cette dernière ne peut intervenir qu'après 2 mois à compter de la date de notification. La décision est alors exécutoire sauf cas de recours devant la CPR ou la CPN dans les cas visés à l'article 78 et dans les conditions de l'article 2 de la présente annexe.

Dans le cas d'une sanction prononcée à l'encontre des médecins exerçant dans le secteur à honoraires différents ou titulaires du droit à dépassement permanent pour non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation, la notification précise qu'à

défaut de paiement de la sanction dans le délai imparti le directeur de la caisse procède à son recouvrement dans les conditions de droit commun.

5. Recours

- Appel devant la Commission Paritaire Régionale

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPR contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois
- suspension de la participation de l'assurance maladie aux cotisations sociales ou sanction financière équivalente dans les conditions définies à l'article 76, en cas de non-respect de manière systématique de l'obligation de transmission électronique des documents de facturation posée à l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale.

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au président de la Commission Paritaire Régionale.

- Appel devant la Commission Paritaire Nationale

Le médecin a la possibilité de présenter un recours consultatif auprès de la CPN contre toute sanction de :

- mise hors convention d'une durée supérieure à un mois
- suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à 6 mois
- suspension du droit permanent à dépassement et du droit à pratiquer des honoraires différents ou, quelle que soit la durée, pour toute sanction applicable aux cas de pratiques tarifaires excessives.

La saisine par le médecin doit intervenir dans un délai de 2 mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Elle est adressée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, au secrétariat de la commission paritaire nationale des médecins.

- Dispositions communes

Ces recours suspendent la décision des caisses.

Dans le cas où la CPR ou la CPN sont saisies, les voies de recours de droit commun restent ouvertes

dès lors que la procédure conventionnelle est épuisée.

Il y a lieu de souligner qu'un référé suspension est possible afin d'obtenir que la décision de dé-conventionnement ne soit pas applicable, le temps que le Tribunal administratif statue.

§ VI – ACTION DEVANT LES JURIDICTIONS PENALES

Les organismes de sécurité sociale sont susceptibles d'être victimes de fraude ou de tentative de fraude émanant des professionnels de santé.

La lutte contre la fraude constitue l'une des priorités de l'Assurance maladie, et une procédure pénale exercée contre un praticien constitue l'une des procédures les plus graves.

Le nombre des moyens dont disposent les organismes d'Assurance maladie n'a cessé de s'enrichir au fil des années, les textes étant disséminés dans le Code pénal, le Code de la sécurité sociale et le Code de la santé publique.

Dans ce contexte, la CNAM a diffusé en 2017 à son réseau, un guide sur la procédure pénale afin de permettre une meilleure appréhension des diverses étapes de la procédure pénale, du dépôt de plainte par les Caisses au jugement correctionnel.

CONSEIL PRATIQUE : *l'exercice d'une action pénale par un organisme de sécurité sociale est très exceptionnel et est justifié par la gravité des faits relevés. Il y a donc lieu de prendre cette action avec le plus grand sérieux et prendre attache immédiatement avec votre avocat.*

Il existe tout un panel de textes pouvant servir de support à une plainte pénale :

- Article 313-1 du code pénal : « L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge.

L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. »

- Article 441-1 du Code pénal : « Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.

Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende.

»

- Article L 377-1 du CSS : « Est passible d'une amende de 3750 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet. »

- Article L 377-5 du CSS : « Le jugement prononçant une des peines prévues au présent chapitre contre un praticien peut également prononcer son exclusion des services des assurances sociales. Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance, en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 3 750 euros, et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet. »

N.B : L'interdiction d'exercer la médecine est également une peine privative ou restrictive de droit encourue pour un certain nombre d'infractions, définies notamment dans le Code pénal. Elle peut être prononcée par le juge pénal à l'encontre des médecins comme peine principale, complémentaire ou alternative à la peine principale. Selon l'article 131-27 du Code pénal, lorsqu'elle est encourue à titre de peine complémentaire pour un crime ou un délit, l'interdiction d'exercer une activité professionnelle, notamment la médecine, est soit définitive soit temporaire. Dans ce dernier cas, elle ne peut excéder cinq ans.

L'organisme de sécurité sociale dispose, dans la procédure pénale, d'un triple pouvoir :

- Informer le procureur de la République de l'infraction dont elle a été victime
- Se joindre à l'action publique déclenchée par le ministère public
- Déclencher lui-même l'action publique

La plainte simple ou plainte entre les mains du procureur se définit comme un acte par lequel une personne informe le parquet de la commission d'une infraction lui ayant causé un préjudice. Une telle plainte ne lie nullement ce dernier, ni ne l'oblige à donner une suite à la plainte puisqu'il dispose de l'opportunité des poursuites (CPP, art. 40-1).

Lorsque l'action publique a déjà été mise en œuvre, soit par le procureur de la République, soit par une autre victime, la victime peut se joindre à cette action en se constituant partie civile par la voie de l'intervention, soit devant la juridiction d'instruction, soit devant la juridiction de jugement (cas où une autre Caisse aurait déjà déposé plainte).

Lorsque le ministère public n'a pas exercé l'action publique, la victime peut se constituer partie civile par la voie de l'action en saisissant soit le juge d'instruction par une plainte avec constitution de partie civile, soit la juridiction de jugement par une citation directe. Elle déclenchera alors indirectement l'action publique, le ministère public étant contraint de l'exercer.

Il convient de noter qu'une plainte avec constitution de partie civile adressée au doyen des juges d'instruction du TGI n'est recevable que suite à un classement sans suite d'une plainte simple ou au terme d'un délai de 3 mois à compter de la plainte simple si aucune poursuite n'a été engagée.

Une citation directe n'est que très rare, mais elle pourra être envisagée par l'organisme de sécurité sociale s'il dispose déjà de tous les éléments de preuve nécessaires et si les faits sont simples.

§ VII : LA TRANSACTION

A l'issue du contrôle exercé par le service administratif des organismes de sécurité sociale, il arrive fréquemment que soit proposé au médecin une transaction.

Si une telle issue est proposée, cela laisse présumer que les faits reprochés présentent un caractère peu important, et en outre qu'il n'y aurait aucun caractère répétitif au comportement du médecin.

La proposition faite de transiger présente pour l'organisme de sécurité sociale d'être peu coûteuse et rapide.

Il faut savoir qu'une transaction suppose :

- L'existence d'une contestation avec la Caisse, la transaction pouvant être envisagée avant tout procès ou même une fois un jugement rendu
- L'existence de concessions réciproques entre les parties.

Il convient de prendre en compte les intentions initiales des parties au moment de la conclusion de l'acte et non pas ce à quoi elles auraient effectivement droit⁹¹.

Il faut savoir que l'exigence de concessions réciproques ne doit pas être assimilée à une condition d'équivalence entre les sacrifices de chacune des parties, ce qui exclut toute lésion (article 2052 du Code civil).

Il faudrait démontrer que les concessions faites par la Caisse auraient un caractère dérisoire, ce qui est très difficile en pratique.

CONSEIL PRATIQUE : *Les caisses sont très vigilantes à ne pas octroyer des concessions excessives. Le médecin peu habitué à de telles procédures, devra impérativement veiller à ce que la Caisse accorde réellement des concessions.*

N.B : *La créance d'un organisme d'Assurance maladie ne peut plus être réduite ou faire l'objet d'une remise en cas de manœuvres frauduleuses ou de fausses déclarations .*

I- REGIME DE LA TRANSACTION

Conformément à l'article 2044 du Code civil, la transaction doit être rédigée par écrit.

Le régime des vices du consentement (erreur, dol, violence) est appliqué à la transaction, comme en droit commun des contrats.

Ainsi, concernant la caractérisation du dol, en fonction du degré de position de faiblesse du contrac-

91 Cass. 1re civ., 27 nov. 2001, n° 00-11.853 : JurisData n° 2001-011955 . - Cass. soc., 15 nov. 2007, n° 06-42.305

tant, les juges exigent avec plus ou moins de rigueur l'existence de véritables manœuvres au titre de leur appréciation souveraine (Cass. soc., 20 nov. 2001, n° 99-45.213 : JurisData n° 2001-012031). Cela sera délicat à apporter comme preuve, dans le cadre d'une transaction avec une Caisse.

De même, s'agissant de la violence, la victime doit apporter la preuve suffisante de sa situation particulière de faiblesse, le simple constat d'une situation économique difficile n'étant pas opérant (Cass. soc., 18 déc. 2001, n° 99-40.649 : JurisData n° 2001-012296).

Il faut donc retenir, de manière générale, qu'il est très difficile de revenir sur une transaction.

CONSEIL PRATIQUE : il est vivement conseillé de ne jamais accepter de signer une transaction sur le champ et se laisser le temps de la réflexion. Il est en outre pertinent de soumettre cette proposition transactionnelle à votre Syndicat, si vous êtes affilié, ou à votre avocat.

II- EFFETS DE LA TRANSACTION

1. Effets liés à sa nature contractuelle

Il faut savoir que, comme tout contrat, la transaction est soumise au principe de l'effet obligatoire des contrats.

En application de ce principe, la transaction ne doit pas être étendue aux éléments sur lesquels les parties ne se sont pas entendues.

CONSEIL PRATIQUE : le médecin doit bien vérifier que la transaction, si elle porte sur des indus, précise bien la période exactement visée. Il ne faudrait pas, en effet, qu'ultérieurement, un autre contrôle porte sur la même période...

2. Effets liés à sa nature juridictionnelle

L'intérêt majeur de la transaction est qu'elle constitue un obstacle à l'introduction d'une action en justice ayant le même objet.

Une fois la transaction signée, la Caisse ne pourra donc notamment plus agir en récupération d'indu pour les mêmes griefs.

Il convient de préciser qu'en cas d'inexécution (de non-paiement par le médecin), la transaction devient inopposable, sans même que la Caisse ait à en solliciter la résolution⁹².

92 En ce sens Cass. 1re civ., 12 juill. 2012, n° 09-11.582



AUCHÉ

Conseil et défense des professionnels de santé

Fascicule mis à jour en juillet 2019

SCP AUCHE HEDOU AUCHE
Cabinet d'avocat

**En cas d'interrogation, ne pas hésiter à nous
contacter par téléphone (0467662665) ou par
mail (auche@ah-avocats.fr).**