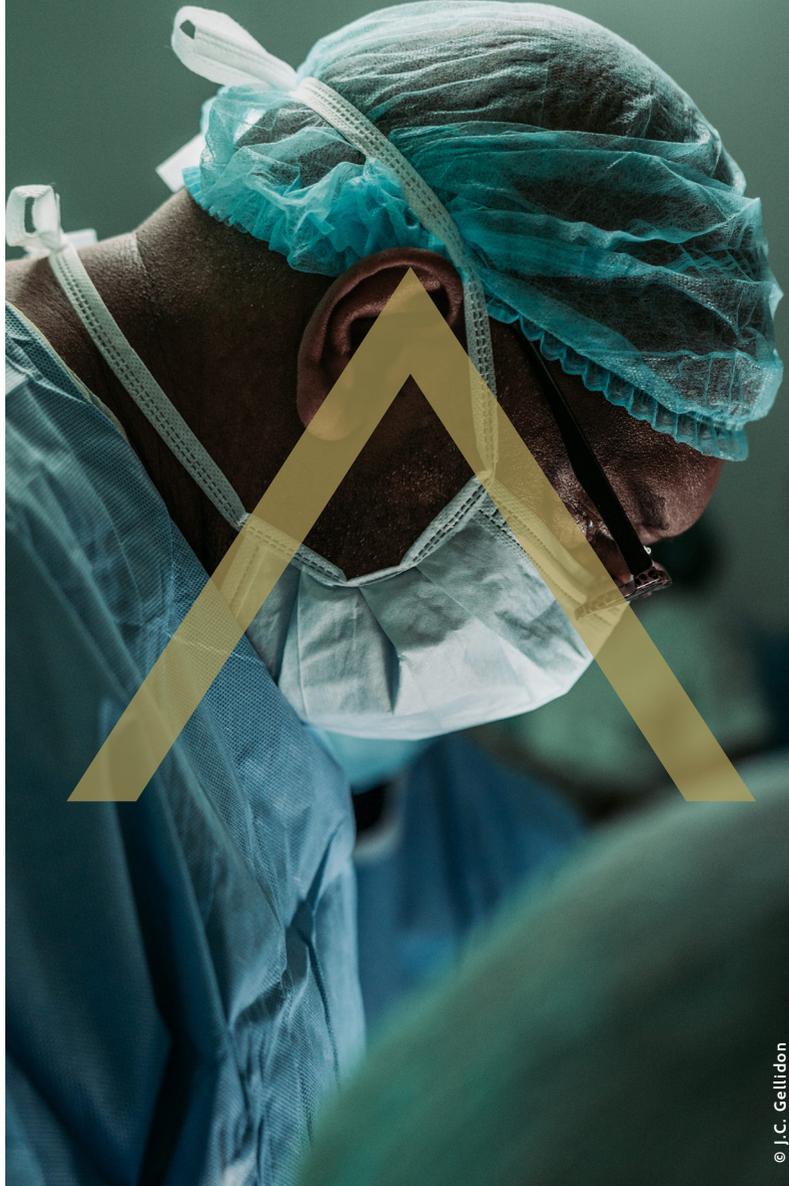


CABINET AUBER

AVOCATS À LA COUR

GUIDE PRATIQUE

LA SÉCURITÉ SOCIALE &
LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ



GUIDE PRATIQUE

LA SÉCURITÉ SOCIALE
&
LE PROFESSIONNEL
DE SANTÉ

Pourquoi ce guide ?



La sécurité sociale est un partenaire incontournable du médecin libéral et autres professionnels de santé conventionnés, mais la confiance qui doit normalement présider à leurs relations peut parfois tourner à la méfiance, au contrôle et même au contentieux.

Plusieurs types de contentieux peuvent les opposer, parfois successifs ou concomitamment, aucun ne doit être négligé par les praticiens.

Identifier l'objet et l'enjeu de chacun des contentieux possibles, connaître ses droits et les utiliser pleinement pour se défendre de façon adaptée, c'est l'objectif du présent guide.



01

LE CONTRÔLE D'ACTIVITÉ MÉDICALE

Les procédures contentieuses initiées par les caisses d'assurance maladie sont très souvent précédées d'un contrôle médical. Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui conditionnent la cotation et le paiement des actes aux professionnels de santé par l'Assurance maladie.

Le service du contrôle médical confié notamment au médecin-conseil chef de l'échelon local d'une caisse, a pour mission :

de constater les abus en matière de soins, de prescriptions d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

de procéder à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'Assurance Maladie ou, à défaut, par le règlement arbitral.

Enfin, le service du contrôle médical peut vérifier le respect des références professionnelles et des recommandations de bonne pratique.



Le déroulement du contrôle d'activité :

Lorsque le service médical décide de procéder à un contrôle de l'activité médicale, il doit aviser le professionnel concerné par courrier RAR en lui précisant la période concernée, l'objet de son contrôle et éventuellement la liste des patients qu'il prévoit d'auditionner.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut ainsi consulter les dossiers médicaux des patients concernés.

Les modalités de ce contrôle sont encadrées par une Charte.



La charte du contrôle de l'activité des professionnels de santé par l'Assurance Maladie

La charte présente de façon synthétique les modalités de déroulement d'un contrôle et rappelle l'ensemble des droits et des garanties dont disposent les professionnels de santé. Ce document doit être adressé par les caisses avant la convocation ou l'audition des patients lorsqu'un contrôle porte sur les pratiques du praticien, sauf si le contrôle a pour finalité de rechercher d'éventuelles infractions pénales en cas de suspicion de fraude.

Attention : Cette charte ne s'applique pas au contrôle ponctuel d'une facture, d'une demande de remboursement ou d'un accord préalable de prise en charge. En effet, dans ce cas, la détection par la caisse ou par le service du contrôle médical d'une erreur de codage ou d'un manquement à la facturation doit occasionner une prise de contact avec le professionnel de santé pour lui faire un rappel à la règle, confirmé par un écrit.



La notification des griefs

À l'issue de son analyse, afin que soient respectés les droits de la défense, la caisse notifie par lettre recommandée avec AR. au professionnel les griefs retenus à son encontre, la liste des faits reprochés et les patients concernés,

Dans le délai d'un mois qui suit la notification, le professionnel peut demander à être entendu par le service du contrôle médical.

Il peut également consulter son dossier auprès de la Caisse.

En pratique : La demande d'un tel entretien est vivement recommandée sinon le délai des trois mois, imparti à la Caisse pour faire connaître les suites qu'elle entend donner aux griefs retenus courra à l'expiration de ce délai d'un mois. Il est en tout état de cause conseillé de s'entretenir avec le médecin conseil de la caisse afin de donner votre point de vue, dossier par dossier et surtout apporter les éventuels éléments médicaux manquants.

Il est en effet indispensable de prendre le temps de fournir pour chaque patient concerné des explications détaillées.

Préalablement à l'entretien, le professionnel de santé a tout intérêt à adresser par écrit ses observations en défense sur chaque dossier concerné.

Lors de l'entretien, le professionnel peut se faire assister par un membre de sa profession ou par un avocat.

En pratique : L'assistance d'un avocat spécialisé permettra de vous assurer que vos droits sont respectés mais également d'adopter ensemble et dès le début de la procédure une ligne de défense cohérente pour les éventuelles suites contentieuses.

Si vous vous faites assister par un confrère, il est utile que celui-ci se concerte préalablement avec l'avocat spécialisé.

Cet entretien fait l'objet d'un **compte-rendu** qui est adressé, par lettre RAR, au professionnel de santé dans un délai de 15 jours.

À compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de 15 jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles souhaits de modifications. À défaut, **il est réputé approuvé.**

En pratique : Il est conseillé de renvoyer ce compte rendu signé en confirmant ses observations sur chacun des griefs et en reprenant les éventuelles problématiques récurrentes évoquées en entretien.

À l'expiration du délai d'un mois qui suit la notification des griefs ou à l'expiration du délai de 15 jours qui suit le compte rendu d'entretien, le Directeur général de la Caisse, saisi par le service du contrôle médical des conclusions de son analyse, informe dans un délai de 3 mois le professionnel de santé des suites qu'il envisage de donner aux griefs initialement notifiés.

À défaut, la Caisse est réputée avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé.

Si le Directeur de la Caisse maintient ses griefs, il peut décider de mettre en œuvre, de façon cumulative ou non, les différentes procédures suivantes :

—
Une notification d'indus.

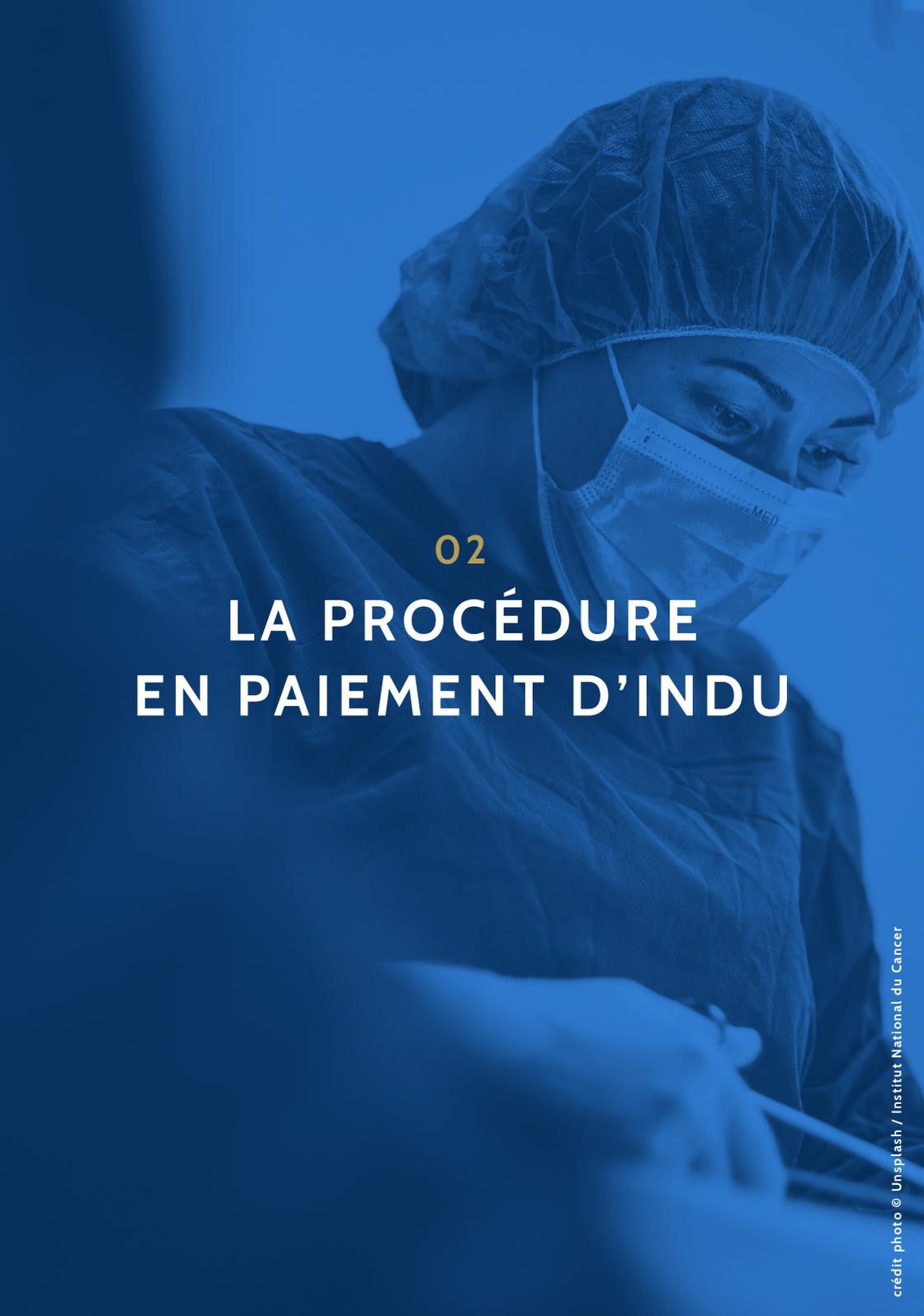
—
La procédure de pénalités financières.

—
Une procédure disciplinaire généralement devant la Section des assurances sociales du Conseil régional de l'Ordre des médecins.

—
Une procédure conventionnelle.

En pratique : dans la perspective de ces procédures, il est indispensable de conserver la copie de tous les courriers échangés avec la caisse dès le début du contrôle.





02

LA PROCÉDURE EN PAIEMENT D'INDU

L'action en répétition de l'indu est exercée par la Caisse pour obtenir le remboursement des prestations qu'elle estime avoir versées à tort.

Cette action se prescrit par 3 ans à compter du paiement des sommes prétendument indues.

La notification de payer précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées ainsi que la date des versements indues donnant lieu au recouvrement. Elle précise qu'à défaut d'un paiement dans un délai de 2 mois, une majoration de 10% sera appliquée.

A ce stade, l'intéressé a deux possibilités :

— Rembourser l'indu.

— Saisir la Commission de recours amiable (CRA) de la CPAM.

Attention, l'envoi d'observations sur une demande de paiement d'indu ne vaut pas recours.

En l'absence de remboursement de l'indu dans le délai de 2 mois, en cas de désaccord de la Caisse avec les éventuelles observations de l'intéressé et en l'absence de saisine de la CRA, une mise en demeure de payer est adressée par lettre RAR au professionnel concerné dans le délai d'un mois.

En cas de paiement dans le délai d'un mois, la majoration de 10% peut faire l'objet d'une demande de remise.

Lorsque dans le délai de 2 mois à compter de sa notification, la mise en demeure est restée sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le Pôle social du Tribunal judiciaire, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire à la caisse et permet toutes les poursuites.

En pratique : Le professionnel de santé qui reçoit une notification d'indu a tout intérêt, en cas de contestation, à saisir immédiatement et en tous cas dans le délai de 2 mois la Commission de recours amiable de la caisse pour éviter l'application de la majoration de 10%, cette saisine ayant effet suspensif.

La saisine de la Commission de recours amiable de la CPAM

Le professionnel de santé qui souhaite contester l'indu doit saisir une Commission de recours amiable (CRA) de la Caisse concernée par lettre RAR dans le délai imparti.

En pratique : Cette lettre doit être motivée et il est utile à ce stade de soumettre le projet à un avocat spécialisé pour sa rédaction.

Les modalités de cette saisine doivent être précisées dans la notification d'indu. La saisine préalable de cette commission est obligatoire avant toute action contentieuse devant le Tribunal judiciaire.

La CRA statue et notifie sa décision au professionnel de santé par lettre RAR.

La notification de cette décision doit préciser les modalités de recours devant le Pôle social du Tribunal judiciaire compétent.

Attention : Lorsque la décision de la CRA n'a pas été portée à la connaissance du requérant dans le délai de 2 mois, qui court à compter de la réception de la réclamation par l'organisme, il peut considérer sa demande comme rejetée et saisir le Pôle social.

En pratique : Il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation. Il n'est absolument pas intéressant d'accélérer la procédure et surtout d'aller devant le Tribunal judiciaire sans pouvoir critiquer la motivation d'une décision explicite de rejet de la CRA.



La saisine du Pôle social du Tribunal judiciaire

Le professionnel de santé dispose d'un délai de **2 mois** à compter de la notification de la décision de la CRA pour saisir le Pôle social du Tribunal judiciaire par lettre RAR.

La saisine doit comporter un rappel des faits et de la procédure ainsi qu'un exposé succinct des raisons de la contestation.

Il n'est pas prévu que la lettre de saisine à l'encontre d'une décision de la CRA soit obligatoirement motivée : le praticien pourra développer ultérieurement ses moyens de défense par écrit et/ou par oral à l'audience.

En pratique : Il est plus intéressant d'exposer dès le début les raisons de la contestation et les arguments en réponse aux griefs formulés par la Caisse, même de manière succincte, obligeant cette dernière à y répondre dans ses conclusions.

Les parties sont convoquées à l'audience du Pôle social généralement par lettre RAR 15 jours au moins avant la date d'audience.

Le praticien peut comparaître personnellement ou se faire assister et/ou représenter, notamment par un confrère ou un avocat.

La procédure est orale, cela signifie que si le praticien n'est ni présent, ni représenté à l'audience, le Tribunal s'estimera saisi d'aucun moyen à l'appui du recours et le rejettera automatiquement de ce fait.

Le fait que la procédure soit orale n'interdit pas pour autant au praticien ou à son représentant d'adresser ou de déposer une défense écrite.

En pratique : Il est évidemment toujours utile et préférable de formaliser par écrit ses moyens de défense. La procédure est contradictoire, ce qui suppose que chaque partie connaisse et puisse répliquer aux arguments de l'autre. Néanmoins, la procédure étant orale, il peut toujours être à l'audience développé des moyens nouveaux à partir du moment où ils peuvent être débattus contradictoirement.

Le Tribunal peut, avant de statuer sur le fond du litige qui lui est soumis, rendre un jugement avant dire droit ordonnant un complément d’instruction ou une expertise lorsqu’il apparaît une difficulté d’ordre technique portant sur l’application et l’interprétation de la nomenclature des actes professionnels, expertise confiée à un expert spécialisé inscrit sur une liste nationale.

En pratique : Au stade d’une procédure devant le Tribunal, l’assistance et la représentation par un avocat spécialisé ne peut être évidemment que fortement recommandée.

— La déclaration d’appel

Les jugements du Pôle social du Tribunal judiciaire peuvent faire l’objet d’un **appel** devant la Cour d’Appel dans **le délai d’un mois** à compter de la date de réception de la décision si le litige est égal ou supérieur à 4000 euros ou si son montant ne peut être déterminé.

L’appel est formé par une déclaration que le praticien ou son avocat adresse par lettre RAR au greffe de la Chambre sociale de la Cour d’Appel territorialement compétente.

Attention, la décision du Pôle social fait directement l’objet d’un **pourvoi en cassation** dans **le délai de deux mois** lorsque le litige est inférieur à un montant de 4000 euros ou si le litige porte sur une remise de majoration de retard et de pénalité.



La lettre de notification d'un jugement rendu par le Pôle social mentionne expressément les modalités de recours possibles.

Le pourvoi en cassation

Les arrêts rendus par les Cours d'appel, comme les jugements rendus par les Tribunaux judiciaires en dernier ressort, sont susceptibles d'un pourvoi en cassation dans le délai de deux mois suivant la notification de l'arrêt par l'intermédiaire obligatoirement d'un Avocat à la Cour de Cassation et au Conseil d'État.

La Cour de Cassation peut ne pas admettre le pourvoi et le déclarer irrecevable d'emblée, si elle estime qu'il est dénué manifestement de moyens sérieux méritant un examen de l'affaire au fond par la Chambre compétente de la Cour de Cassation.

La Cour de Cassation, statuant en droit et non en fait, c'est-à-dire sur l'application de la règle de droit au regard des faits qui lui sont soumis et qu'elle ne peut discuter, rejette le pourvoi ou casse la décision rendue par la Cour d'Appel ou le Tribunal judiciaire.

Elle peut casser en renvoyant l'affaire devant une Cour d'Appel ou un Tribunal pour qu'il soit statué à nouveau.

La Cour de Cassation peut casser un jugement sans renvoi de l'affaire si elle estime que sa décision suffit à mettre un terme définitif à l'instance.

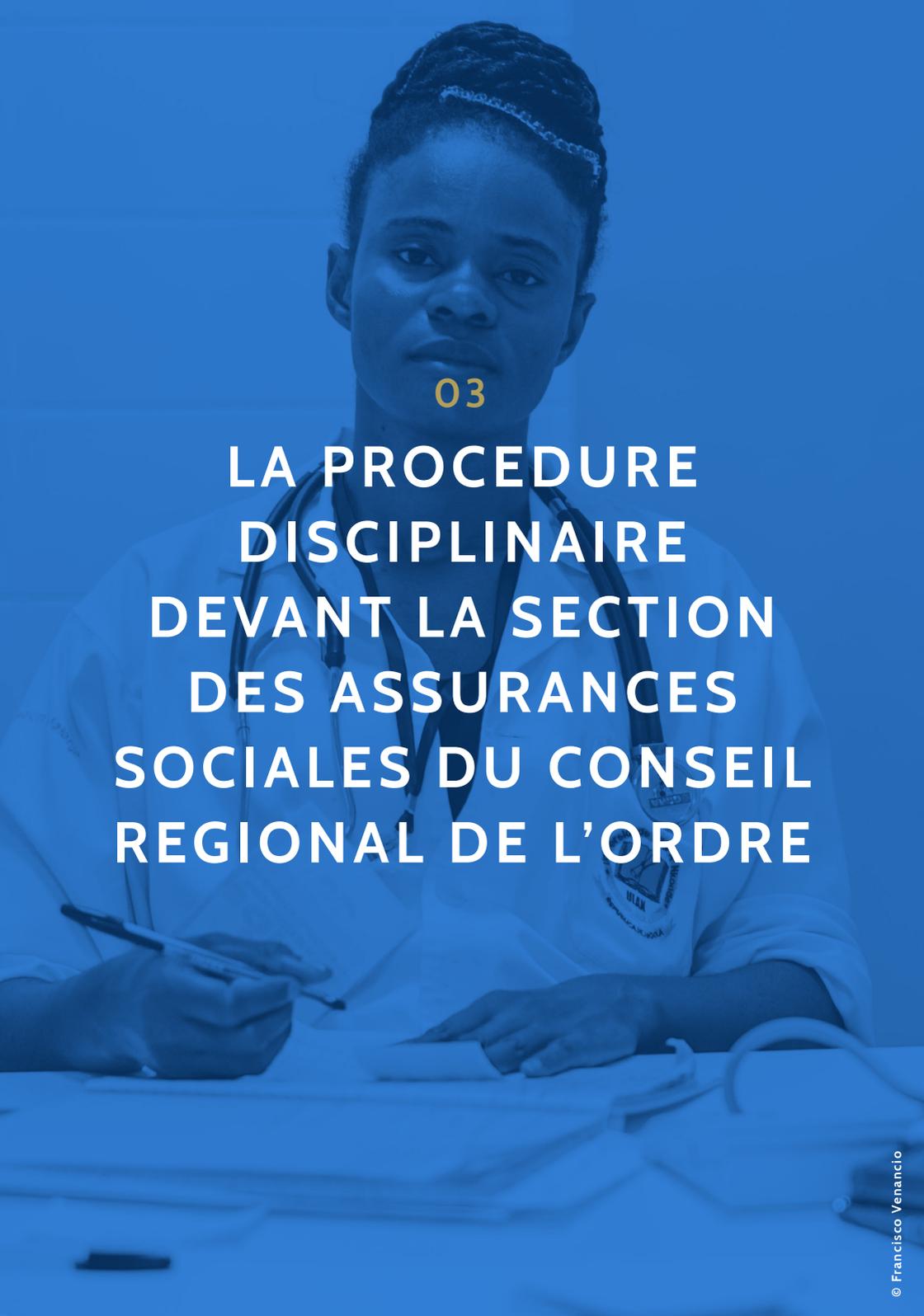
À retenir

La recherche d'un accord avec la caisse à la suite d'une demande de paiement d'indu ne doit pas faire négliger la surveillance des délais prévus pour formaliser une contestation.

Il ne faut jamais négliger une demande en paiement d'indu qui peut augurer d'autres contentieux.

Il faut apprécier l'opportunité de formaliser un contentieux pas seulement en fonction du montant de l'indu réclamé mais en fonction de l'importance dans son exercice professionnel de la cotation contestée.

Tout accord passé avec une caisse doit faire l'objet d'écrits (comme par exemple, un échange de correspondance).



03

**LA PROCEDURE
DISCIPLINAIRE
DEVANT LA SECTION
DES ASSURANCES
SOCIALES DU CONSEIL
REGIONAL DE L'ORDRE**

La caisse peut déposer une plainte devant la Section des Assurances sociales (SAS) du Conseil régional de l'Ordre dans le ressort duquel le praticien exerce sa profession à la date de sa saisine.

La section des assurances sociales du Conseil régional peut être saisie par :

— Le Conseil départemental de l'Ordre intéressé.

— Les chefs de services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole ou leurs représentants.

— Le médecin conseil national et les médecins conseils chefs de services des échelons départementaux ou pluridépartementaux du contrôle médical (régime agricole).

— Les Caisses de Mutualité Sociale Agricole ou les autres organismes assureurs, les syndicats de praticiens.

— Le directeur de l'Agence Régionale de Santé.

— Les médecins conseils responsables du service du contrôle médical d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale (autre régime).

— Le médecin conseil national, les médecins conseils régionaux et les médecins conseils chefs des services du contrôle médical du ressort de chaque circonscription des CPAM (régime général).

— Les organismes d'Assurance Maladie.

La procédure devant la section des assurances sociales est une procédure écrite.

La section des assurances sociales notifie au praticien concerné en lettre RAR la copie des plaintes et mémoires dont elle est saisie et l'invite à produire un mémoire en défense dans le délai d'un mois à compter de la réception dudit courrier.

La procédure devant la section des assurances sociales est contradictoire.

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

Lorsque l'affaire est en état d'être jugée, les parties sont convoquées par lettre RAR à une audience.

***Attention :** Si la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre ne s'est pas prononcée dans le délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances sociales du conseil national peut, à l'expiration de ce délai, ce qui est rare, être saisie par les requérants.*

La juridiction de première instance est alors dessaisie à la date de la requête au conseil national.

***En pratique :** Il s'agit d'une possibilité et non d'une obligation. Il n'est absolument pas intéressant d'accélérer la procédure et surtout d'aller devant le Tribunal judiciaire sans pouvoir critiquer la motivation d'une décision explicite de rejet de la CRA.*

La SAS est présidée par un magistrat du tribunal administratif et comprend en nombre égal, des assesseurs membres du Conseil régional de l'Ordre et de l'Organisme de sécurité sociale.

Les sanctions susceptibles d'être prononcées sont :

L'avertissement.

Le blâme avec ou sans publication.

L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux avec publication Conseil régional de l'Ordre des médecins.

S'il est demandé, la condamnation du professionnel de santé au remboursement des organismes de sécurité sociale des sommes perçues à tort.

Attention : *il peut y avoir pour les mêmes faits deux procédures en parallèle, l'une en paiement d'indu l'autre devant la SAS. Dans ce cas-là, le professionnel de santé doit se défendre en parallèle dans les deux procédures, qui sont nécessairement liées : la non contestation d'une demande d'indu pouvant alors être assimilée à une reconnaissance des griefs devant la SAS.*

NB : si pour des faits commis dans un délai de 5 ans à compter de la notification au médecin d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce une sanction d'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux, elle peut décider que la sanction précédemment assortie de sursis devient exécutoire en plus de la nouvelle sanction.

Si dans ce même délai de 5 ans, le praticien n'a commis aucune nouvelle faute suivie d'aucune nouvelle sanction, la sanction assortie de sursis est considérée comme non avenue.

Attention : *Les sanctions prononcées par la section des assurances sociales ne sont pas cumulables avec les sanctions prononcées par la section disciplinaire du Conseil de l'Ordre lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits.*

Si la section des assurances sociales et la section disciplinaire du Conseil de l'Ordre ont prononcé des sanctions différentes, seule la sanction la plus forte sera exécutée.

Sanctions complémentaires : l'avertissement et le blâme entraînent la privation de faire partie des Conseils départemental, régional, national de l'Ordre pendant une durée de trois ans.

La sanction d'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux, ainsi que la sanction prévue en cas d'abus d'honoraires entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

Le praticien frappé d'une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux pourra demander, après un intervalle de trois ans depuis la décision définitive, à être relevé de cette incapacité. Cette demande est faite auprès de la section des assurances sociales qui a prononcé la sanction,

lorsqu'elle est rejetée elle ne peut être représentée qu'après un nouveau délai de trois ans.

La section des assurances sociales décide également de la répartition des frais de la procédure entre les parties.

Dans les 15 jours de son prononcé, la décision de la SAS est notifiée par lettre RAR au professionnel de santé. La notification précise le délai dans lequel l'appel et, le cas échéant, l'opposition peuvent être formés.

— L'opposition

Si la décision a été rendue sans que le praticien mis en cause ait comparu ou se soit fait représenter à l'audience celui-ci peut faire opposition dans **le délai de cinq jours** à compter de la notification faite à **sa personne** par lettre RAR.

Lorsque la notification n'a pas été faite à sa personne, **le délai est de 30 jours** à partir de la notification à sa résidence professionnelle par ministère d'huissier.

L'opposition est reçue par simple déclaration au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre qui en donne récépissé.

— L'appel

L'appel doit être formé dans le délai de 2 mois qui suit la réception de la décision attaquée par lettre RAR adressée à la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre concerné.

Peuvent faire appel le praticien sanctionné, mais également les parties plaignantes, ainsi que les organismes d'assurance maladie, le directeur de l'Agence Régionale de Santé, les chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole, et sans condition de délai dans l'intérêt de la loi, le ministre chargé de la Sécurité sociale et le ministre chargé de l'Agriculture.

La procédure devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre se déroule selon les mêmes caractéristiques qu'en première instance.

La SAS est présidée par un conseiller d'État et comprend en nombre égal des assesseurs membres de l'Ordre et des assesseurs représentants des organismes de Sécurité sociale.

Que ce soit en première instance ou en cause d'appel, il est vivement recommandé au professionnel de santé de se faire assister pour la mise en œuvre de sa défense par un avocat spécialisé.

En effet, les meilleures chances de succès dans le cadre de cette procédure demandent l'alliance des compétences et techniques du professionnel de santé avec les compétences juridiques de l'avocat spécialisé.

— Le pourvoi en cassation

Les décisions rendues par la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre sont susceptibles d'un recours **devant le Conseil d'État**, formé obligatoirement par un Avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat, dans un **délai de 2 mois** à compter de leur notification.

La section des assurances sociales pouvant être saisie de tout fait intéressant l'exercice du professionnel conventionné, la plainte peut concerner uniquement les modalités d'exercice et viser notamment le principe de « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins », auquel sont tenus les praticiens dans leurs actes et prescriptions.

Le pourvoi en conseil d'Etat n'est pas suspensif et il appartiendra à l'Avocat au Conseil d'Etat d'examiner les chances et l'intérêt de formaliser une requête en suspension de la décision attaquée sur le fond.

Attention : *Le praticien 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.*



04

LA PROCEDURE EN PENALITES FINANCIERES

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer une pénalité à l'encontre d'un praticien (article L. 114-17-1 CSS), en cas :

—
D'inobservation des règles du Code de la Sécurité sociale ou du Code de la Santé Publique, ayant abouti à une demande, une prise en charge ou à un versement indu d'une prestation en nature ou en espèce par la Caisse.

—
De refus d'accès à une information, d'absence de réponse ou de réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de la Caisse ou du service du contrôle médical dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête, ou d'une mise sous accord préalable.

—
De récidive après deux périodes de mise sous accord préalable pour les « gros prescripteurs » en application de l'article L. 162-1-15 CCS.

—
D'organisation ou de participation au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

Peuvent également faire l'objet d'une sanction, prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie (article L. 162-1-14-1 CSS), les praticiens qui :

—
Pratiquent une discrimination dans l'accès aux soins.

—
Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure.

—
Exposent les assurés à des dépassements d'honoraires non-conformes à la convention.

—
Ont omis l'information écrite préalable obligatoirement remis au patient et précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé lorsque les dépassements d'honoraires dépassent 70 euros.

— La notification

Le directeur notifie les faits reprochés au médecin afin qu'il puisse présenter ses observations.

La notification se fait par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception (art. R. 147-2 CSS). Elle précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue et indique à la personne en cause qu'elle dispose d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour demander à être entendue, si elle le souhaite, ou pour présenter des observations écrites.

En pratique : Trop souvent le médecin considère comme suffisant de demander à être entendu, pensant après son audition, avoir été compris par la caisse... Il est donc toujours préférable de formaliser des observations écrites avant son audition, observations dont on conservera copie de manière à étayer un éventuel contentieux ultérieur.

L'audition doit donner lieu à l'établissement d'un procès-verbal signé par le praticien. Ce dernier doit le relire attentivement avant signature.

NB : Ce procès-verbal ne doit pas seulement attester que l'audition a eu lieu, mais doit retracer son contenu.

À l'expiration de ce délai d'1 mois à compter de la notification ou après audition, si celle-ci intervient postérieurement à ce délai, le directeur peut décider de :

—
Ne pas poursuivre la procédure

—
Notifier au praticien un avertissement dans un délai de 15 jours. L'avertissement précise les voies et délais de recours. Il en informe simultanément la commission prévue à l'article L. 162-1-14 CSS, dite des « pénalités financières ».

—
Saisir la commission dans un délai de 15 jours et lui communique les griefs, et s'ils existent, les observations écrites du praticien ou le PV de l'audition. Il lui indique qu'il aura la possibilité, s'il le souhaite, d'être entendu par la commission.

L'Avis de la commission

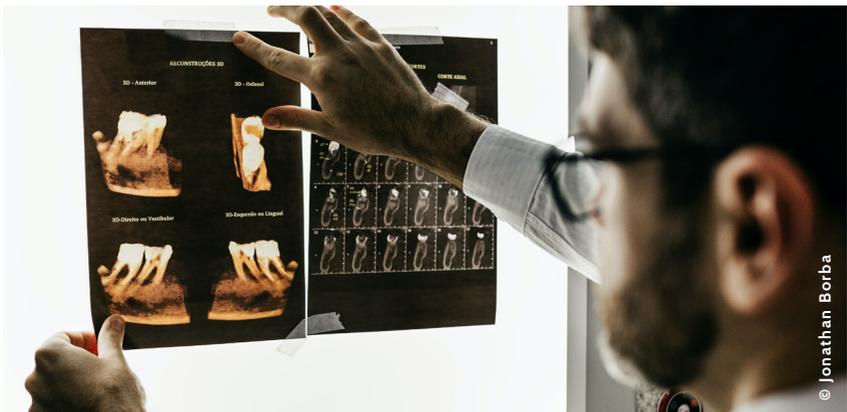
La commission, dont le directeur de l'organisme doit prendre l'avis, est constituée au sein du conseil de l'organisme.

Elle est composée de 5 membres issus du conseil de l'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité et désignés par lui en tenant compte de la répartition des sièges entre les différentes catégories représentées en son sein. Elle comprend 5 représentants de la profession de médecins, nommés par le conseil de l'organisme local sur proposition de l'instance paritaire prévue par la convention nationale au niveau départemental, la commission paritaire locale.

La commission ne peut donner son avis que si sont au moins présents 6 de ses membres.

La commission apprécie la responsabilité du professionnel de santé dans l'inobservation des règles du Code de Sécurité Sociale. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

Après que le directeur de la Caisse ou son représentant, accompagné le cas échéant par un représentant du service du contrôle médical, a présenté ses observations, et après avoir entendu le cas échant, la personne mise en cause, la commission rend **un avis motivé**, portant notamment sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, sur la responsabilité de la personne ou de l'établissement et sur le montant de la pénalité susceptible d'être appliquée.



Lors de cette audition, le praticien en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

En pratique : Le médecin a toujours intérêt à demander à être entendu et à être assisté.

Les informations communiquées à la commission ne doivent comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne dans des conditions de nature à porter atteinte au secret médical.

La commission doit émettre son avis dans un **délai de 2 mois** à compter de sa saisine.

Elle peut, si un complément d'information est nécessaire, demander au directeur un délai supplémentaire d'1 mois.

Toutefois, si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, l'avis est réputé rendu.

— Notification après avis de la commission

À réception de l'avis de la commission, le directeur décide soit :

De pas poursuivre la procédure et il en informe le praticien dans les meilleurs délais

De poursuivre la procédure, auquel cas il dispose d'un délai de 15 jours pour saisir le directeur général de l'UNCAM d'une demande d'avis conforme, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, en précisant les éléments prévus dans la notification et le montant de la pénalité envisagée. À défaut de saisine dans le délai imparti, la procédure est réputée abandonnée



© Marcelo Leal

Le directeur général de l'UNCAM ou son représentant dispose d'un **déla**i d'**1 mois** à compter de la réception de la demande pour formuler :

—
Si le directeur général ne s'est pas prononcé dans ce délai, son avis est réputé favorable.

—
Si l'avis du directeur général de l'UNCAM est défavorable, la procédure est abandonnée. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe la personne en cause dans les meilleurs délais.

—
Si l'avis du directeur général de l'UNCAM est favorable, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie dispose d'un délai de 15 jours pour notifier la pénalité à la personne en cause par une décision motivée et par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Il en adresse une copie à la commission à titre d'information. À défaut de notification dans le délai imparti, la procédure est réputée abandonnée.

Cette notification à payer précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées au titre de la pénalité, et mentionne l'existence d'un délai de 2 mois à compter de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées, ainsi que les voies et délais de recours.

— Voies de recours

La décision motivée du directeur de l'organisme peut être contestée devant le Pôle social du **Tribunal judiciaire avec saisine préalable de la Commission de recours amiable**.

NB : si pour des faits commis dans un délai de 5 ans à compter de la notification au médecin d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce une sanction d'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux, elle peut décider que la sanction précédemment assortie de sursis devient exécutoire en plus de la nouvelle sanction.



— La mise en demeure

En l'absence de paiement ou de contestation dans le délai imparti, une mise en demeure de payer est adressée à l'intéressé (article R. 147-2 du CSS) dans un délai de 1 mois.

Elle comporte les précisions relatives aux sommes réclamées, les voies et délais de recours ainsi que l'existence d'un nouveau délai d'un mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle indique en outre l'existence et le montant de la majoration de 10 %, appliquée en l'absence de paiement dans ce délai.

La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les 2 ans précédant son envoi.

Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le Tribunal judiciaire, 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'exigibilités mentionnées sur la mise en demeure.

Il est possible de saisir la Commission de Recours Amiable (CRA) dans les 2 mois suivant la mise en demeure pour le recouvrement des pénalités financières.

Attention : Cette saisine de la CRA ne peut concerner que le recouvrement des pénalités financières et non pas la contestation même du bienfondé de la pénalité.



— Les pénalités encourues

Le montant de la pénalité est 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, forfaitairement dans la limite de 4 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Le montant de la pénalité est doublé pour des faits identiques ayant déjà fait l'objet d'une pénalité ou d'un avertissement notifié par un directeur de Caisse quel qu'il soit au cours des 3 années précédentes la date de la notification.

En cas de discrimination dans l'accès à la prévention ou aux soins, une pénalité financière forfaitaire est prévue, dans la limite de 2 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

En cas de dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure, de dépassements d'honoraires non conformes à la convention ou non délivrance de l'information écrite préalable : une pénalité financière proportionnelle aux dépassements facturés dans la limite de 2 fois le montant des dépassements en cause.

En cas de récidive, un retrait temporaire du droit à dépassement ou une suspension de la participation des caisses au financement des cotisations sociales.

Ces sanctions peuvent faire l'objet d'un affichage au sein des locaux de la Caisse et peuvent être rendues publiques, en cas de récidive et après l'épuisement des voies de recours, par voie de presse.



Attention : L'organisme de Sécurité sociale ne peut concurremment recourir au dispositif des pénalités et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner la même inobservation des règles du Code de Sécurité Sociale par un professionnel de santé.



05

LA PROCEDURE CONVENTIONNELLE DE DROIT COMMUN

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie peut décider de placer un professionnel ou auxiliaire de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci.

Les médecins dont les pratiques ne respectent pas les dispositions de la convention pourront en outre faire l'objet des procédures contentieuses précédemment énoncées.

Les cas de non-respect des dispositions de la convention par un praticien libéral peuvent être notamment :

— L'application de façon répétée de tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés.

— Le non-respect de manière systématique de l'obligation de télétransmissions.

— Le non-respect, de façon répétée, de la liste des actes et prestations donnant lieu à un remboursement.

— La non-inscription de façon répétée du montant des honoraires perçus.

— L'utilisation abusive du DE (dépassement d'honoraires qu'à titre exceptionnel, en cas d'exigence particulière du patient).

— Une pratique tarifaire excessive (secteur 2 ou dépassements permanents).

— Le non-respect du droit à la dispense d'avance de frais au profit des bénéficiaires de la CMU et de l'ACS.

— La facturation d'actes fictifs.

— L'avertissement préalable

La caisse envoie au professionnel un avertissement par lettre RAR.

À compter de cet avertissement, le professionnel a 30 jours pour modifier son comportement.

En cas de non-respect de l'obligation de télétransmettre, ce délai est porté à 90 jours.

À défaut, la CPAM communique pour le compte de l'ensemble des caisses, le relevé des constatations au médecin concerné par lettre RAR et copie aux présidents des deux sections de la Commission Paritaire locale (CPL). Le relevé de constatations détaille les manquements reprochés au médecin, expose les sanctions encourues et précise les délais de réponse et la possibilité d'entretien et de transmission d'observations écrites.

À compter de la date de communication du relevé des constatations, le praticien dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations éventuelles ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant.

Le professionnel concerné peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

Lorsque les manquements justifient la poursuite de la procédure, la caisse dresse un compte rendu d'entretien signé par le directeur et le médecin et le verse aux débats lors de la réunion de la CPL. L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure.

— La Commission Paritaire Locale

La Commission Paritaire Locale (CPL) est constituée de deux sections :

— La section professionnelle, composée de 12 représentants des syndicats médicaux signataires de la convention dont 6 généralistes et 6 spécialistes.

— La section sociale, composée de 12 représentants de l'assurance maladie (8 régime général dont 2 médecins conseils, 2 régimes agricoles dont 1 médecin conseil, 2 régimes des professions indépendantes dont 1 médecin conseil).

En « formation médecins », la CPL est composée de la section professionnelle, de 2 médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale (chacun possédant 4 voix) et du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime des professions indépendantes siégeant dans la section sociale (chacun possédant 2 voix).

Lorsque les manquements reprochés au médecin sont dûment établis, la caisse demande au président de la CPL de réunir celle-ci.

Lorsque la **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. Dans ce cas, la CPL en formation plénière ne rend pas d'avis.

La « formation médecins » doit se réunir dans le mois qui suit la tenue de la réunion de la CPL en formation plénière et la même procédure que précédemment

Dans un délai minimal de 15 jours précédant la réunion de la « formation médecins » de la CPL, le médecin est invité par lettre RAR à être entendu par la commission et à fournir les explications qu'il juge utiles.

À 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 médecins » au plus tard trois jours avant la date de la réunion.

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

L'avis 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.

À l'issue de ces délais, l'avis de la CPL en « formation médecins » est réputé rendu.

L'avis rendu par la CPL en formation plénière ou par la « formation médecins » de la CPL est évidemment transmis au praticien concerné.

— Les mesures encourues

Les mesures encourues, prévues par l'article 86 de la convention, sont les suivantes :

— Suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents, cette mesure ne pouvant être prononcée qu'en cas de non-respect du tact et de la mesure, après décision du **Conseil de l'Ordre**.

— Suspension du droit de pratiquer des dépassements autorisés plafonnés DA ; cette mesure ne peut être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la convention.

— Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel, avec ou sans sursis. Cette suspension peut être temporaire ou prononcée pour la durée d'application de la convention, selon l'importance des griefs. La mise hors convention de trois mois ou plus entraîne la suppression de la participation des caisses aux avantages sociaux pour une durée égale à celle de la mise hors convention.

— 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 télétransmission 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 d'une durée de 3 mois 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 6 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.

En cas de sursis, la sanction de mise hors convention peut être rendue exécutoire pendant une période de 2 ans à compter de sa notification, dès lors que de nouveaux manquements réalisés postérieurement à la notification de la sanction devenue définitive ont été relevés à l'encontre du praticien par la CPL.

Elle peut, dans ce cadre, le cas échéant, se cumuler avec la sanction prononcée à l'occasion de ces manquements.

Le sursis ne s'applique pas en cas de :

—
Suspension de la participation des caisses à la prise en charge des avantages sociaux inhérente à la procédure de mise hors convention.

—
Suspension du droit permanent à dépassement ou du droit à pratiquer des honoraires différents.

***Attention :** Lorsque le Conseil régional ou national de l'Ordre, ou une juridiction (exemple une juridiction pénale) a prononcé à l'égard d'un médecin une sanction définitive d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux ou d'exercer ;*

ou encore

Lorsqu'une juridiction a prononcé à l'égard du médecin une peine effective d'emprisonnement ou une mesure de liquidation judiciaire .

Le professionnel se trouve placé **automatiquement** hors convention à partir de la date d'application de la sanction ordinaire ou judiciaire et pour une durée équivalente.

Lorsque les faits sanctionnés par une instance ordinaire ou judiciaire constituent en outre une infraction au regard des règles conventionnelles, les caisses peuvent envisager à l'encontre du praticien l'une des mesures encourues ci-dessus exposées.

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 conventionné.

— La notification

Les décisions prises sont notifiées par le directeur de la CPAM du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, par lettre RAR.

Cette notification motivée précise les voies et les délais de recours, ainsi que la date d'entrée en application de la sanction, qui ne peut intervenir que 2 mois après la date de notification.

Une copie de la notification est adressée à la CPL.

— Voies de recours de droit commun

Le praticien dispose des voies de recours de droit commun : la contestation de cette décision est de la compétence du Tribunal Administratif (TA).

— Voies de recours particulières devant la Commission Paritaire Régionale ou Nationale

Il est possible de saisir la Commission Paritaire Régionale (CPR) « à titre de commission d'appel » lorsque le professionnel fait l'objet :

— d'une mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à 1 mois.

— d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois.

— d'une suspension de la participation de l'Assurance maladie aux cotisations sociales d'une durée de 3 mois.

— d'une sanction financière équivalente en cas de non-respect de l'obligation de télétransmettre.



© J.C. Cellidon

Il est possible de saisir la Commission Paritaire Nationale (CPN) à titre de « **commission d'appel** » lorsque le professionnel fait l'objet :

—
d'une mise hors convention d'une durée supérieure à 1 mois.

—
d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée supérieure à six mois.

La saisine par le praticien doit intervenir dans **le délai de 2 mois** suivant la notification de la sanction. Il s'agit ensuite de la même procédure que devant la CPL.

La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée.

La commission d'appel a la possibilité d'émettre une proposition de sanction. Il s'agit d'un avis simple qui ne lie pas les directeurs des caisses.

À l'issue du recours consultatif devant la commission d'appel, les directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction peuvent alors décider :

—
Soit de modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.

—
Soit de maintenir la sanction initiale.



La décision définitive est notifiée par le directeur de la CPAM et les directeurs de chacun des organismes des autres régimes membres de l'UNCAM du même ressort géographique, au médecin par lettre RAR.

Cette notification précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision devant la juridiction compétente, ainsi que la date d'application de celle-ci.

Cette dernière ne peut intervenir qu'après quinze jours à compter de la date de la décision. La décision est alors exécutoire.

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.

Bon à savoir : La procédure de résiliation par la caisse de l'option de pratique tarifaire maîtrisée peut également faire l'objet d'un appel en CPN.

Voies de recours particulières devant la Commission Paritaire Régionale ou Nationale

Le directeur général de l'UNCAM définit les principes de la sélection des médecins susceptibles de relever de la procédure de sanction applicable aux pratiques tarifaires excessives et recueille dans ce cadre l'avis de la CPN.

Procédure préalable d'avertissement :

Dans le cas où la CPAM constate, de la part d'un médecin exerçant en secteur 2 ou titulaire d'un droit à dépassement permanent, une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 85 de la convention, il lui adresse **un avertissement** par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception.

Cet avertissement doit comporter les éléments relevés par la caisse susceptibles de caractériser une pratique tarifaire excessive selon les critères définis à l'article 85 de la convention.

Ces critères sont les 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.

Doivent être également communiquées au médecin les valeurs moyennes des critères lui permettant de comparer sa pratique tarifaire à celle des médecins de la même spécialité au niveau national et régional et/ ou départemental. Le médecin dispose d'un délai de 2 mois à compter de cet avertissement pour modifier sa pratique.

—
Bon à savoir : Le directeur de la CPAM ne peut concurremment recourir à une procédure visant à sanctionner les mêmes faits à l'exception d'une procédure ordinale.



Relevé de constatation préalable à la convocation de la Commission Paritaire régionale (CPR) :

Si, à l'issue d'un délai de 2 mois à compter de la réception de l'avertissement, il est constaté que le médecin n'a pas modifié sa pratique tarifaire, la CPAM communique le relevé des constatations au médecin concerné par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, avec copie adressée aux présidents des deux sections de la CPR et de la CPL.

La CPAM procédera à ce même envoi et la procédure d'avertissement sera réputée effectuée si, dans un délai de 3 ans 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 tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception et/ou être entendu à sa demande par le directeur de la caisse ou son représentant.

À cette occasion, le médecin peut se faire assister par un avocat ou un membre de la profession de son choix inscrit au Conseil de l'Ordre.

La caisse dresse **un compte rendu** d'entretien signé par le directeur ou son représentant et le médecin et le verse, le cas échéant, aux débats lors de la réunion de la CPR.



En pratique : L'absence de signature du médecin ne fait pas obstacle à la poursuite de la procédure. Il est donc toujours préférable de signer après avoir réitéré ses observations responsiveness.



© Hosein Zanbori

Examen par la Commission Paritaire Régionale :

Lorsque les faits reprochés justifient la poursuite de la procédure, la caisse saisit le président de la CPR. Il s'agit sensiblement de la même procédure que celle évoquée précédemment.

Décision et notification de la sanction :

Le directeur de la CPAM prépare, en concertation avec le directeur de chacun des organismes des autres régimes de son ressort géographique, sa décision, qui ne peut excéder les sanctions envisagées par la CPR et qui s'impose au médecin avec sa date d'application.

Le médecin a la possibilité de saisir la CPN, à titre de « commission d'appel » dans un délai d'un mois suivant la date de réception de la notification de la décision de sanction.

Le courrier d'avertissement, le relevé de constatations, les observations du médecin, le compte rendu d'entretien, la décision du directeur de la CPAM, la saisine du médecin et l'avis du président du CNOM, le cas échéant, et tout document utile sont joints à la convocation des membres de la CPN.

Le directeur de la CPAM prend une décision qui, lorsque l'avis de la CPN lui est transmis, ne peut excéder les sanctions envisagées par celle-ci. Cette décision est communiquée par le directeur de la CPAM aux présidents des CPN, CPR et CPL et au président du CNOM.

La CPAM notifie au professionnel, pour le compte des autres régimes, la mesure prise à son encontre, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Elle joint à sa notification l'avis de la CPN.

Cette décision, qui doit être motivée, précise les voies et délais de recours dont dispose le médecin pour contester la décision, ainsi que sa date d'entrée en application. Celle-ci ne peut intervenir qu'après 15 jours à compter de la date de la décision. La décision est alors exécutoire.



© Magdiel Lagos



06

**LES
PROCEDURES
EXCEPTIONNELLES DE
DECONVENTIONNEMENT**

— La procédure exceptionnelle de déconventionnement créée en 2016

Depuis l'arrêté du 20 octobre 2016, il est prévu une procédure exceptionnelle de déconventionnement en cas de pratique tarifaire excessive.

En effet, en cas de **violation particulièrement grave des dispositions législatives, réglementaires ou des engagements conventionnels justifiant le dépôt d'une plainte pénale** par la CPAM et entraînant un préjudice financier dépassant huit plafonds mensuels de la sécurité sociale, le directeur de la caisse peut décider de suspendre les effets de la convention, après accord du directeur général de l'UNCAM ou de son représentant désigné à cet effet.

Cette suspension provisoire ne peut excéder **trois mois**.

Préalablement au prononcé de la suspension, le directeur de la caisse notifie au professionnel les faits reprochés et la suspension envisagée.

Le professionnel dispose d'un délai de **quinze jours** à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu, assisté le cas échéant de la personne de son choix, pour présenter ses observations.

Après réception des observations écrites ou après l'audition du professionnel ou à l'issue du délai de quinze jours, le directeur de la caisse dispose d'un délai de quinze jours pour notifier la suspension au professionnel par une décision motivée.

A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

Simultanément, le directeur de la caisse engage une procédure de déconventionnement dans les conditions définies dans la partie précédente.

Le professionnel dont le conventionnement a été suspendu peut exercer un recours en référé contre la décision du directeur de la caisse devant le tribunal administratif.

— La procédure de déconventionnement exceptionnel ajoutée en 2021

Le décret du 27 novembre 2020 relatif à la procédure de déconventionnement en urgence des professionnels de santé libéraux, entré en vigueur le 30 novembre suivant, prévoit **une nouvelle procédure exceptionnelle de déconventionnement** des professionnels de santé, celle-ci se surajoutant à la procédure d'ores et déjà prévue par l'arrêté du 20 octobre 2016 susmentionné.

Ce décret reprend en substance le contenu de la procédure exceptionnelle déjà en vigueur depuis 2016 mais avec des différences notables :

Le décret de 2020 étend la procédure de déconventionnement en urgence aux cas de **violation grave des engagements conventionnels** entraînant un préjudice financier et justifiant le dépôt d'une plainte.

Ainsi cette nouvelle procédure permet de suspendre, toujours pour une durée de trois mois, le professionnel de santé **sans condition de plafond**, permettant d'illustrer la gravité du préjudice financier.

La différence majeure entre les deux procédures de déconventionnement réside dans le fait que le directeur de la Caisse peut lui-même décider de suspendre de la convention le professionnel de santé après simple information du Directeur général de l'UNCAM, l'accord de ce dernier n'étant alors plus nécessaire.

Le décret du 27 novembre 2020 ne prévoit pas la possibilité d'un quelconque recours contre la décision de suspension immédiate déconventionnement pendant 3 mois, le recours en référé devant le Tribunal administratif ayant ainsi disparu dans le cadre de cette procédure en urgence...

Ainsi, cette nouvelle procédure apparaît arbitraire car celle-ci réduit quasiment à néant les droits de la défense pour les professionnels de santé...

Attention : Aucune procédure en déconventionnement ne peut être négligée par un praticien car ses conséquences peuvent être évidemment gravissimes pour son exercice professionnel.

La conservation de tous les courriers échangés et l'assistance par un confrère et un avocat spécialisé est plus que recommandée.



Ainsi, les contentieux avec la sécurité sociale nécessitent à la fois des compétences médicales et juridiques.

Il comporte délais stricts et chausse-trapes procédurales que le recours à un avocat spécialisé permet évidemment d'éviter.



www.cabinetauber.fr

Guide rédigé par le Pôle « Contentieux sécurité sociale »

Margo BOISSON, Laure SOULIER, Philip COHEN

7 rue Auber - 75 009 Paris
01 44 56 03 30

