



Février 2007

**GUIDE PRATIQUE DU CONTENTIEUX AVEC LES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE**

INTRODUCTION

Dans ses rapports avec les organismes d'assurance maladie, le médecin peut avoir non pas un mais plusieurs types de contentieux dont les règles procédurales, l'objet et l'enjeu sont différents.

Comme prévu par la Convention de 2005, une circulaire de la CNAMTS d'octobre 2006 précise les modalités d'articulation entre les différents dispositifs de sanction, notamment ceux prévus par la Loi et la convention.

Parce qu'un contentieux peut en cacher ou en appeler un autre, aucun contentieux, même s'il apparaît minime au départ, ne doit être négligé par les médecins.

Savoir identifier l'objet et l'enjeu d'un contentieux, connaître ses droits et les utiliser pleinement pour se défendre de façon adaptée, tel est l'objet du présent guide qui se veut avant tout pratique.

I- UN PRE CONTENTIEUX : LE CONTROLE MEDICAL

Les contentieux importants, si ce n'est graves et lourds de conséquences, qui peuvent opposer les médecins aux caisses d'assurance maladie sont le plus souvent précédés d'un contrôle médical.

C'est en ce sens qu'il constitue une véritable phase pré contentieuse dont le praticien doit connaître le déroulement et ses moyens de défense s'il veut aborder, dans les meilleures conditions, le contentieux qui en découlera éventuellement par la suite, en contestant s'il y a lieu la validité des modalités du contrôle médical dont les résultats lui sont opposés.

I-1 Objet du contrôle du médical

Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie.

Le service du contrôle médical confié à des médecins conseils nationaux, régionaux et praticiens conseils chefs de l'échelon local d'une caisse, a notamment 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 dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, 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.

Lorsque l'activité de prescription d'arrêts de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des **contrôles systématiques** de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention.

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

NB : le contrôle médical peut d'abord être effectué sur les assurés eux-mêmes et ne porter qu'après sur l'activité du médecin, auteur de la prescription (arrêt de travail, ALD..).

I-2 déroulement du contrôle

Lorsqu'il procède à l'analyse **sur le plan médical** de l'activité du praticien dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, le service du contrôle médical peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission l'ensemble des documents, actes, prescriptions, et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut **consulter les dossiers médicaux** des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut entendre et examiner ces patients **après en avoir informé le professionnel. (Article R 315-1-1 CSS)**

L'information du praticien de la consultation des dossiers médicaux, de l'audition et de l'examen des patients doit être préalable.

NB : le service du contrôle médical doit s'assurer de l'identité du patient à l'occasion des examens individuels qu'il réalise, en demandant à la personne concerné de présenter sa carte nationale d'identité ou tout autre document officiel comportant sa photographie (article L 315-1IV bis).
Les praticiens conseils du service du contrôle médical et 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** (article L 315 –1 V).

A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical **informe** le professionnel de santé de ses conclusions. Lorsqu'il constate le non-respect des règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale, **il en avise la caisse.**

ATTENTION : Lorsque le contrôle porte sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité, les **avis** rendus par le service du contrôle médical **s'imposent** à l'organisme de prise en charge (article L 315-2 CSS).

Afin que soient respectés les droits de la défense, la caisse notifie au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec AR.

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

Lors de l'entretien, le professionnel peut se faire assister par un membre de sa profession (Article D315-1 CSS).

Préalablement à l'entretien, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés (Article D315-2 CSS).

Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui est adressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au professionnel de santé dans un délai de 15 jours.

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

A l'expiration de ce délai de 15 jours, ou à défaut, à l'expiration du délai d'1 mois qui suit la notification, la Caisse informe dans un délai de 3 mois le professionnel de santé des suites qu'elle envisage de donner aux griefs initialement notifiés. A défaut, la Caisse est réputé avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé (Article D315-3 CSS).

Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect des dispositions législatives ou réglementaires régissant la prise en charge des frais médicaux au titre des risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, et maladies professionnelles ou de règles de nature législative, réglementaire ou conventionnelle que le professionnel est tenu d'appliquer dans son exercice, sont mises en œuvre, **de façon cumulative ou non**, les différentes procédures contentieuses possibles décrites ci-après.

NB : il peut y avoir des enquêtes administratives auprès des assurés diligentées par la direction d'une caisse, sans passer par le service du contrôle médical.

Ces enquêtes sont généralement faites par des agents assermentés de la caisse et les comptes rendus d'audition des assurés peuvent servir de fondement, sans qu'il y ait eu de contrôle médical, à une procédure contentieuse. Le médecin devra s'assurer de la validité des procès verbaux d'audition des assurés qui parfois ne mentionnent pas le nom de l'assuré par anonymisation, ne comporte pas la signature de ce dernier, et ne constitue en réalité qu'un compte rendu rédigé et signé par l'agent enquêteur de la caisse.

II-LE CONTENTIEUX DU RECOUVREMENT D'INDUS

II-1 Objet du contentieux

En cas d'inobservation des règles de tarification ou facturation des actes, prestations, produits et frais de transport, donnant lieu à remboursement, ou en cas de facturation en vue de 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 payée (**Article L 133-4 du Code de la sécurité sociale**).

II-2 Délai de prescription

L'action en recouvrement de l'organisme d'assurance maladie se prescrit par **3 ans** à compter de la date du paiement de la somme indue.

II-3 La première phase du contentieux

L'action en recouvrement s'ouvre par l'envoi au professionnel d'une **lettre motivée** en recommandé AR lui notifiant le montant réclamé.

La notification de payer :

Cette notification précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, et la date des versements indus donnant lieu au recouvrement.

Cette notification mentionne également l'existence d'un délai de 1 mois à partir de sa réception, pour que le débiteur s'acquitte des sommes réclamées.

Elle informe également le débiteur, qu'à défaut de paiement dans ce délai, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10 %

L'intéressé a un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification pour faire des observations écrites.

Rien n'interdit au professionnel concerné, non seulement d'adresser au Directeur de l'organisme ses observations écrites mais aussi avant la fin du délai d' 1 mois (à compter de la notification de payer) de saisir dès ce stade la Commission de Recours Amiable, ce qui pourrait lui éviter, le cas échéant, la mise en demeure et la pénalisation de 10%.

La mise en demeure :

En l'absence de remboursement de l'indu dans le délai d'un mois **et en cas de désaccord avec les observations de l'intéressé**, est adressé par lettre recommandée, **une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai de 1 mois** (R 133-9-1 du Code de la sécurité sociale).

La mise en demeure comporte :

- 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,
- le montant de la majoration de 10 % afférentes aux sommes encore dues,
- le délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R 142-1.

Si le paiement de l'indu a été entièrement payé 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.

Attention : Nouveau délai de saisine de la Commission de Recours Amiable (article R 142-1 du CSS) en cas de recouvrement d'indus : **le délai passe de 2 mois à 1 mois à compter de la notification de la mise en demeure.**

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 contrainte qui à défaut d'opposition du débiteur devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Le principe est que cette contrainte est signifiée au débiteur par acte d'huissier de justice (article R 133-3). **Toutefois, par dérogation, la contrainte pourra être notifiée au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.**

La saisine préalable de la Commission de Recours Amiable est **obligatoire** avant toute action contentieuse devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (T.A.S.S.)

La CRA statue et notifie sa décision au médecin par lettre recommandée AR, cette décision doit être **motivée**.

La lettre de notification de la décision de la CRA mentionne en cas de rejet de la contestation les modalités de recours devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

Lorsque la décision de la CRA n'a pas été portée à la connaissance du médecin requérant dans le délai d'un mois, qui court à compter de la réception de la réclamation par l'organisme de sécurité sociale, le médecin **peut** considérer sa demande comme rejetée et se pourvoir devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale sans attendre.

Il ne s'agit que d'une possibilité pour le médecin et non d'une obligation.

Il n'est pas forcément intéressant pour le médecin d'une part d'accélérer la procédure, d'autre part d'aller devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale sans pouvoir critiquer la motivation d'une décision explicite de la CRA.

D'autant plus que la contestation d'une décision implicite de la CRA doit être formée dans un délai de deux mois à compter de l'expiration du délai d'un mois à partir duquel le médecin est en droit de considérer l'absence de décision comme étant un rejet implicite.

Il est en conséquence beaucoup plus simple lorsque l'on a saisi la CRA d'attendre qu'elle vous notifie explicitement sa décision.

II-4 La phase contentieuse devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

Le médecin dispose d'un délai de **deux mois** à compter de la notification de la décision de la CRA pour saisir le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale par lettre recommandée AR.

Il n'est pas prévu que la lettre de saisine du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale 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.

Le secrétariat du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale accuse réception de son recours au médecin.

Les parties sont convoquées à l'audience du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale généralement par lettre recommandée AR 15 jours au moins avant la date d'audience.

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

La procédure est **orale**, cela signifie que si le médecin n'est ni présent, ni représenté à l'audience, le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale 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 médecin ou à son représentant d'adresser ou de déposer une **défense écrite**.*

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.

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 des Affaires de Sécurité Sociale 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 en matière de nomenclature d'actes professionnels inscrit sur une liste nationale.

II-5 Les voies de recours contre les jugements rendus par les TASS

Les jugements du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale peuvent faire l'objet :

a) **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 €** ou **si son montant ne peut être déterminé**.

L'appel est formé par une déclaration que le médecin ou son mandataire fait ou adresse par pli recommandé au greffe de la Cour d'appel territorialement compétente.

La déclaration est accompagnée de la copie de la décision, indique les noms, prénoms, profession et domicile de l'appelant ainsi que les noms et adresses des parties contre lesquelles l'appel est dirigé, désigne le jugement dont il est fait appel et mentionne, le cas échéant, le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la Cour.

La procédure devant la Cour d'appel répond aux mêmes caractéristiques que devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

b) **d'un pourvoi en cassation** dans le délai de **deux mois** si le litige est **inférieur à un montant de 4000 €** ou si le litige porte sur une **remise de majoration de retard et de pénalité**.

Le pourvoi en cassation doit être déposé au greffe de la Cour de cassation et doit être formé par l'intermédiaire d'un Avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat.

La lettre de notification d'un jugement rendu par le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale mentionne expressément les modalités de recours possibles.

NB : Les jugements susceptibles d'appel sont ceux rendus en premier ressort, les jugements seulement susceptibles d'un pourvoi en cassation sont ceux rendus en dernier ressort.

II-6 les voies de recours devant la Cour de Cassation

Les arrêts rendus par les Cours d'appel, comme les jugements rendus par les TASS 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 d'un Avocat à la Cour de cassation et au Conseil d'Etat.

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 des Affaires de Sécurité Sociale.

La Cour de cassation peut casser en renvoyant l'affaire devant une Cour d'appel ou un Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale 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.

Il ne faut jamais négliger une demande en recouvrement 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. La recherche d'un accord avec la caisse à la suite d'une demande de recouvrement d'indu ne doit pas faire négliger la surveillance des délais prévus pour formaliser une contestation. Tout accord passé avec une caisse doit faire l'objet d'écrits (comme par exemple, un échange de correspondance).

III- LA PROCEDURE DISCIPLINAIRE DEVANT LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DES CONSEILS DE L'ORDRE DES MEDECINS (CONTENTIEUX DU CONTROLE TECHNIQUE)

III-1 Objet du contentieux

Les fautes, abus, fraudes et **tous faits** intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre d'un médecin, à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, peuvent faire l'objet d'une plainte soumise en première instance à une **section des assurances sociales de la chambre disciplinaire des médecins (conseil régional de l'Ordre des médecins.)**

III-2 déroulement de la procédure

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre est une juridiction.

III-2-1-saisine de la juridiction et instruction :

La section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins est saisie, par lettre recommandée avec AR, adressée à son secrétariat.

La plainte ne peut concerner des faits remontant à plus de trois ans (délai de prescription).

La section des assurances sociale compétente est celle du conseil régional dans le ressort duquel le praticien exerce sa profession **à la date de sa saisine.**

La section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre des médecins peut être saisie :

- par les organismes d'assurance maladie ;
- par les caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs ;
- par les syndicats de praticiens ;
- par le conseil départemental de l'Ordre des médecins intéressé ;.
- par les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales ;
- par les chefs de services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricole ou leur représentants ;
- par le médecin conseil national, les médecins conseils régionaux et les médecins conseils chefs des services du contrôle médical du ressort de chaque circonscription de CPAM (régime général) ;
- par le médecin conseil national et les médecins conseils chefs de services des échelons départementaux ou pluridépartementaux du contrôle médical (régime agricole) ;
- par les médecins conseils responsables du service du contrôle médical d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale (autre régime).

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

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

La procédure devant la section des assurances sociales est contradictoire.

Les plaintes et les mémoires produits sont déposés au secrétariat de la section des assurances sociales en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux, de même que les pièces jointes à l'appui dont les copies doivent être certifiées conformes.

Le secrétariat de la section des assurances sociales dans le cadre du respect du contradictoire, assure la communication des écritures et pièces entre les parties, en assortissant cette communication d'un délai pour y répliquer.

Lorsque l'affaire est en état d'être jugée, les parties intéressées à la procédure (plaignants et médecins) sont convoquées en lettre recommandée AR devant la formation de jugement de la section des assurances sociales (chambre disciplinaire de première instance).

NB :Si la section des assurances sociales 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, être saisie par les requérants.

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

III-2-2 l'audience

Comme dans le cadre de la procédure écrite, le praticien peut se faire assister ou représenter soit par un confrère ou par un avocat.

Même si le médecin peut être représenté par un confrère ou un avocat, s'agissant d'une procédure disciplinaire, la présence du médecin à l'audience est toujours préférable et utile.

III-2-3 composition de la juridiction de jugement

Elle est présidée par un magistrat d'un Tribunal administratif ou d'une Cour Administrative d'Appel, elle comprend un nombre égal d'assesseurs, membres du conseil régional de l'Ordre des médecins et d'assesseurs, médecins conseils représentants des organismes de sécurité sociale.

III-2-4-sanctions encourues :

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;
- dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop remboursé, **même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus**, avec ou sans publication.

NB : si pour des faits commis dans un délai de cinq 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 cinq 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 des médecins 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 entraîne 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.

III-2-5-notification de décisions :

Dans les 15 jours de leur prononcé, la décision de la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des médecins, est notifiée par lettre recommandée avec AR au médecin.

La notification précise le délai dans lequel l'appel et, le cas échéant, l'opposition peuvent être formés.

III-3- les voies de recours :

III-3-1-l'opposition

Si la décision a été rendue sans que le médecin 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 recommandée AR.

Lorsque la notification n'a pas été faite à sa personne, le délai est de trente 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.

III-3-2-l'appel

L'appel doit être formé dans le délai de trente jours qui suit la notification de la décision attaquée par lettre recommandée AR adressée à la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins.

Peuvent faire appel le médecin sanctionné, mais également les parties plaignantes, ainsi que les organismes d'assurance maladie, les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales, 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 des médecins se déroule selon les mêmes caractéristiques qu'en première instance.

La section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat, elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'Ordre et d'assesseurs représentants des organismes de sécurité sociale.

III-3-3 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).**

NB : une procédure devant la section des assurances sociales peut se cumuler avec une procédure en recouvrement d'indu, le médecin doit dans ce cas veiller à poursuivre le contentieux selon les formes et délais prévus dans chaque procédure. De même peut s'y ajouter une procédure en déconventionnement.

La section des assurances sociales pouvant être saisie de tout fait intéressant l'exercice de la profession de médecins, la plainte peut concerner uniquement les modalités d'exercice du médecin et vise notamment le principe de « la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins », auquel sont tenus les médecins dans leurs actes et prescriptions (article L 162 -2-1 du Code de sécurité sociale).

ATTENTION :

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.

IV- LE CONTENTIEUX CONVENTIONNEL

IV-1 objet du contentieux :

La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un professionnel de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci (Article L 162-15-1 CSS).

Cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations.

Les médecins dont les pratiques ne respectent pas les dispositions de la convention pourront en outre faire l'objet de procédures contentieuses, selon les modalités prévues par la loi, conduite par le service du contrôle médical (section des assurances sociales, recouvrement d'indu...).

IV-2-Les cas de non-respect des dispositions de la convention :

Les cas de constatations par une caisse du non-respect des dispositions de la convention 2005 par un médecin libéral peuvent être notamment:

- application de façon répétée de tarifs supérieurs aux tarifs opposables en dehors des cas autorisés ;
- abus de droit à dépassement ;
- non-utilisation ou mauvaise utilisation, de façon répétée des documents auxquels sont subordonnées la constatations des soins et leur prise en charge par l'assurance maladie ;
- non-inscription de façon répétée du montant des honoraires perçus ou du code des actes.

IV-3 les phases du contentieux

IV-3-1- l'avertissement préalable

La caisse envoie au professionnel un **avertissement** par lettre recommandée avec AR.

A compter de cet avertissement, le professionnel a un mois pour modifier son comportement.

A défaut, la CPAM communique pour le compte de l'ensemble des caisses, **le relevé des constatations** au médecin concerné par lettre recommandée avec AR.

A compter de la date de communication du relevé des constatations, le médecin libéral 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 médecin peut se faire assister par un avocat ou un confrère de son choix.

IV-3-2-La commission paritaire locale :

La commission paritaire locale (CPL) est constituée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

La section professionnelle est composée de douze représentants des syndicats médicaux signataires de la convention dont six généralistes et six spécialistes.

La section sociale est composée de douze représentants de l'assurance maladie (huit régime général dont deux médecins conseils, deux régimes agricoles dont un médecin conseil, deux régimes des professions indépendantes dont un médecin conseil).

Chaque section a un président.

En « formation médecins », la CPL est composée :

- de la section professionnelle,
- de deux médecins conseils du régime général siégeant dans la section sociale (chacun possédant quatre voix),
- du médecin conseil du régime agricole et du médecin conseil du régime des professions indépendantes siégeant dans la section sociale (chacun possédant deux voix)

Une copie des relevés des constatations est adressée aux présidents des deux sections de la commission paritaire locale.

Le médecin dispose d'un délai **d'un mois** à compter de la date de communication des relevés des constatations pour présenter ses **observations** ou être **entendu à sa demande** par le directeur de la caisse ou son représentant.

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

La CPL donne **son avis** dans même délai **d'un mois**.

A l'issue de ce délai d'un mois, l'avis de la CPL est **réputé rendu**.

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

Cette dernière invite alors le praticien à lui présenter ses observations dans **le mois** suivant la communication des relevés des constatations au praticien.

Durant cette période, le praticien peut être entendu à sa demande par la « formation médecins » de la CPL. Il peut se faire assister par un avocat ou à un confrère de son choix.

Dans le délai d'un mois, la formation médecins de la CPL donne son avis.

A l'issu de ce délai, l'avis de la formation médecins est réputé rendu, et les caisses décident de l'éventuelle sanction.

Il convient de retenir que le délai d'un mois suppose une réaction extrêmement rapide du médecin pour formaliser ses observations et demander à être entendu.

Il est toujours préférable de formaliser des observations écrites, d'en conserver copie pour étayer un recours ultérieur et de se faire assister d'un conseil.

IV-2-3-les mesures encourues :

Les mesures encourues 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 ou des participations des caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant. La suspension de la ou des participations des caisses est de un, trois, six ou douze mois ;
- application d'une contribution financière, cette mesure ne pouvant être prononcée **qu'en cas** de non-respect des références médicales opposables, devant être précisée dans le cadre d'un avenant à la convention ;
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Cette suspension peut être temporaire (trois jours, une semaine, un, trois six ou douze mois) 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.

ATTENTION :

Lorsque :

- le conseil régional ou national de l'Ordre des médecins, 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 ;
- une juridiction a prononcé à l'égard du médecin une peine effective d'emprisonnement,

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.

IV-2-4-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 recommandée avec AR.

Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours.

Cette décision doit être motivée.

Une copie de la notification est adressée à la CPL.

IV-3- les voies de recours

IV-3-1 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 des Affaires de Sécurité Sociale.(article L 162-34)

Pour la procédure devant les TASS, ses modalités de saisine, son déroulement, il convient de se reporter à ce qui est indiqué pour le contentieux du recouvrement d'indu (II) .

IV-3-2 voies de recours particulière devant la commission paritaire régionale

Lorsque le médecin fait l'objet d'une **mise hors convention** d'une durée **inférieure ou égale à un mois** ou d'une décision de **suspension** de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée **inférieure ou égale à six mois**, il peut saisir la commission paritaire régionale (CPR) « à titre de commission d'appel ».

Lorsque la « formation médecins » de la CPL a rendu un avis, la « formation médecins » de la CPR est saisie à titre de commission d'appel.

La saisine par le médecin doit intervenir dans le mois qui suit la notification de la sanction.

Elle est adressée au président de la CPR, par lettre recommandée avec AR.
La saisine de la commission suspend l'application de la sanction.

La commission d'appel se prononce **dans les trente jours de sa saisine sur pièces**, sauf impossibilité de se réunir du seul fait de la section sociale.

Dans tous les cas, la commission doit se réunir dans les deux mois et son avis est réputé rendu dans un délai de trois mois.

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

Son avis motivé est transmis au médecin qui l'a saisie ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction notifiée.

Ces derniers peuvent alors décider de modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.

Si la sanction est modifiée, la décision qui annule et qui remplace la sanction initiale, est notifiée par la CPAM du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, par lettre recommandée avec accusé de réception.

S'il est décidé de maintenir la sanction initiale, le directeur de la CPAM en informe également le médecin concerné.

ATTENTION : la saisine de cette commission, même si elle est qualifiée de « commission d'appel » ne modifie en rien les modalités de saisine et surtout les délais de voies de recours de droit commun devant le TASS. Le médecin doit donc veiller à saisir le TASS avant que le délai de deux mois suivant la notification initiale de la sanction n'expire. Il ne peut donc compter uniquement sur la saisine de la CPR.

IV-3-Voie de recours particulière devant la commission paritaire nationale

Lorsque le médecin fait l'objet d'une **mise hors convention** d'une durée **supérieure à un mois** ou d'une décision de **suspension** de la prise en charge des **cotisations sociales** d'une durée **supérieure à six mois**, il peut saisir la commission paritaire nationale (CPN) à titre de « commission d'appel ».

Lorsque la « formation médecins » de la CPN a rendu un avis, la « formation médecins » de la CPN est saisie à titre de commission d'appel.

La saisine par le médecin doit intervenir dans le mois qui suit la notification de la sanction.

Elle est adressée au président de la CPN, par lettre recommandée avec AR.

La saisine de la commission suspend l'application de la sanction.

La commission d'appel se prononce **dans les quarante cinq jours de sa saisine sur pièces**, sauf impossibilité de se réunir du seul fait de la section sociale.

Dans tous les cas, la commission doit se réunir dans les deux mois et son avis est réputé rendu dans un délai de trois mois.

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

Son avis motivé est transmis au médecin qui l'a saisie ainsi qu'aux directeurs des caisses qui ont décidé de la première sanction notifiée.

Ces derniers peuvent alors décider de modifier la sanction initiale afin de tenir compte des éléments nouveaux apportés par la commission d'appel.

Si la sanction est modifiée, la décision qui annule et qui remplace la sanction initiale, est notifiée par la CPAM du lieu d'exercice du professionnel agissant pour le compte de l'ensemble des régimes, par lettre recommandée avec accusé de réception

S'il est décidé de maintenir la sanction initiale, le directeur de la CPAM en informe le médecin concerné.

ATTENTION : la saisine de cette commission, même si elle est qualifiée de « commission d'appel » ne modifie en rien les modalités de saisine et surtout les délais de voies de recours de droit commun devant le TASS. Le médecin doit donc veiller à saisir le TASS avant que le délai de deux mois suivant la notification initiale de la sanction n'expire. Il ne peut donc compter uniquement sur la saisine de la CPR

IV-4 contentieux des références professionnelles et des recommandations de bonne pratique

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

Il informe de ses conclusions le professionnel concerné ainsi que le cas échéant la commission médicale ou la conférence médicale d'établissement, le directeur de l'établissement concerné, et le directeur régional de l'agence de l'hospitalisation.

Les informations couvertes par le secret médical sont communiquées à la commission ou à la conférence médicale concernée ainsi qu'au médecin inspecteur public à l'échelon départemental et régional.

Un comité médical paritaire local composé pour moitié de représentants des caisses et pour moitié de représentants des organisations syndicales de médecins, liés par convention, avec des organismes d'assurance maladie, est normalement institué par la convention.

Ce comité est chargé d'instruire les dossiers qui lui sont soumis concernant le respect des références professionnelles.

Le comité médical paritaire local entend le médecin mise en cause et se prononce par un vote dans le délai de deux mois.

Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local, le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par la convention.

La décision prise par la caisse est exécutoire dès sa notification.

Elle peut être contestée devant le tribunal administratif.

Les sanctions prononcées par les caisses ou les tribunaux sont transmises pour information à l'instance ordinaire dont relève le médecin.

Ce contentieux n'est pas encore fonctionnel et est en attente d'un éventuel avenant conventionnel reprenant les références professionnelles et les recommandations de bonne pratique issues de la Haute Autorité de santé.

V- LE CONTENTIEUX DES PENALITES FINANCIERES

V-1 Objet du contentieux

L'inobservation des règles du code de sécurité sociale par les professionnels de santé, **ayant abouti** à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge **indus** ainsi que **le refus** par le professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil de cet organisme.

Lorsque la pénalité envisagée concerne un professionnel de santé, des représentants de la même profession participent à la commission.

Peuvent faire l'objet d'une pénalité, les professionnels de santé libéraux et les praticiens statutaires à temps plein des établissements publics de santé dans le cadre de leur activité libérale :

- dont la responsabilité a été reconnue dans le détournement de l'usage de la carte électronique individuelle interrégimes délivrés aux assurés sociaux ou dans les abus en matière de soins, prescriptions d'arrêt de travail, et d'application de la tarification des actes et autres prestations constatées par le service du contrôle médical ;

- qui ne respectent pas :

- le caractère personnel de la carte de professionnel de santé ;
- l'obligation de mentionner sur les documents produits et destinés au service du contrôle médical, les éléments d'ordre médical justifiant les arrêts de travail et les transports qu'ils prescrivent ;
- l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent ;
- les conditions de prise en charge ou prescriptions prévues lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie des actes, produits ou prestations ;
- les règles relatives aux modalités de présentation de documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie ;
- l'obligation pour les assurés sociaux, relevant d'un protocole (ALD, interruption de travail ou de soins continus sur longue durée...), de conformité des prescriptions avec ce protocole.

V-2 les phases du contentieux

L'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité financière est celui qui a ou aurait supporté l'indu en cause (Article R.147-1 CSS).

V-2-1 la mise en garde préalable

Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de faire l'objet d'une pénalité financière, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse au médecin une **mise en garde** lui indiquant que ces faits seraient de nature à justifier l'engagement d'une procédure de sanction s'ils devaient à nouveau être constatés **après un délai minimum d'un mois**.

ATTENTION : Cette mise en garde préalable n'est pas obligatoire :

- lorsque le praticien en cause a déjà fait l'objet, durant les **deux ans qui précèdent**, d'une mise en garde ou d'une pénalité financière pour un **même motif** ;
- lorsque la demande présentée indûment au remboursement ou le montant mis indûment à la charge de l'assurance maladie **dépasse** la moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale.

V-2-2 La notification

Si, malgré la mise en garde préalable, des faits de même nature sont constatés à l'issue du délai d'un mois imparti, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à la personne ou à l'établissement en cause une **notification**.

Cette notification **précise** les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue et indique au professionnel en cause qu'il dispose d'un délai **d'un mois** à compter de sa réception pour **demandeur à être entendu** s'il le souhaite ou pour **présenter des observations écrites**.

Trop souvent le médecin considère comme suffisant de demander à être entendu, pensant après son audition, avoir été compris par la caisse...

Or, il est toujours préférable de formaliser des observations écrites à l'occasion de son audition, observations dont on conservera copie de manière à étayer un éventuel contentieux ultérieur.

Si, après réception des observations écrites ou après audition du médecin ou à l'issue d'un délai d'un mois à compter de la notification, le directeur décide de poursuivre la procédure, il **saisit la commission** et lui communique, s'ils existent, les observations écrites du praticien ou le procès verbal de l'audition.

*L'audition doit donc donner lieu à l'établissement d'un procès verbal signé par le médecin.
Ce dernier doit donc avant signature le relire attentivement.
Ce procès verbal ne doit pas seulement attester que l'audition a eu lieu, mais doit retracer son contenu*

V-2-3-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 cinq 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 cinq 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 six de ses membres.

La commission **apprécie la responsabilité** du professionnel de santé dans l'inobservation des règles du code de sécurité sociale.

La commission désigne un rapporteur en son sein. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou son représentant présente ses observations.

Après avoir entendu le rapporteur, et le professionnel en cause **s'il le souhaite**, 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 médecin en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

Le médecin a toujours intérêt à demander à être entendu et à être assister.

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 **d'un mois** à compter de sa saisine.

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

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

V-2-4-notification après avis de la commission

Le directeur dispose d'un **délai de 15 jours** à compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu pour **fixer, par une décision motivée, le montant définitif de la pénalité et le notifier à la personne**.

Cette notification (R 147-3 nouveaux alinéas 8 et 9) est envoyée par le directeur par lettre recommandée avec avis de réception. Elle précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, et mentionne l'existence d'un délai de **1 mois** à compter de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées, ainsi que les voies et délais de recours.

A défaut, la procédure est réputée abandonnée.

ATTENTION :

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, **après** que le médecin ait été mis en demeure de présenter ses observations et **après** avis de la commission, de subordonner à l'accord préalable du service de contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder **six mois**, la couverture des frais de transport ou le versement des indemnités journalières en cas de constatations par ce service :

- du non-respect par le médecin des conditions prévues par le code de sécurité sociale au titre de ces prestations,
- ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières **significativement supérieures** aux données **moyennes** constatées, **pour une activité comparable**, pour les médecins exerçant dans le ressort de la **même union régionale de caisses d'assurance maladie** ;
- ou d'un nombre de prescriptions de transports **significativement supérieur** à la **moyenne** des prescriptions de transport constatée, **pour une activité comparable**, pour les médecins exerçant dans le ressort de la **même union** régionale de caisses d'assurance maladie.

Toutefois **en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur**, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport.

V-2-5- voies de recours

La décision motivée du directeur de l'organisme peut être contestée devant le **Tribunal administratif**.

Le médecin doit dans le délai de **deux mois** à compter de la notification de la décision, faire enregistrer sa requête au greffe du Tribunal Administratif, par l'intermédiaire d'un avocat.

La procédure devant les juridictions administratives est une procédure écrite, elle donne lieu à une audience au cours de laquelle peuvent être présentées des observations orales à l'appui des ses écrits.

La lettre de notification du jugement du Tribunal administratif mentionne les voies de recours possibles et les délais dans lequel un appel ou un pourvoi en cassation doit être formé.

V-2-6 la mise en demeure

En l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité et de contestation, le directeur de l'organisme d'assurance maladie envoie **une mise en demeure** à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois.

« La mise en demeure doit être adressée en lettre recommandée avec avis de réception, et comportée des précisions relatives aux sommes réclamées, indiquée le montant de la majoration de 10 % ainsi que les voies et délais de recours. » (Nouvel alinéa 10 de l'article R 147-3 du Code de la Sécurité Sociale)

La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans **les deux ans** précédents 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 des Affaires de Sécurité Sociale**, 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.

Désormais, il est possible de saisir la Commission de recours amiable (CRA) en cas de mise en demeure pour le recouvrement des pénalités financières prévues à l'article L 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

L'alinéa 3 de l'article R 142- 1 prévoit que les contestations formées à l'encontre des décisions prises par les organismes d'assurance maladie en ce qui concerne le recouvrement des pénalités financières prévues à l'article L 162-1- 14, doivent être présentées **dans un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure.**

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

V-2-7 les pénalités encourues

La pénalité est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés, à un montant :

- compris entre 75 et 500 euros lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou mis indûment à la charge de l'assurance maladie est compris entre 0 et 500 euros ;
- compris entre 125 et 1000 euros lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou mis indûment à la charge de l'assurance maladie est compris entre 500 et 2000 euros ;
- compris entre 500 euros et deux fois le plafond de la sécurité sociale en vigueur à la date des faits lorsque le montant présenté indûment au remboursement ou mis indûment à la charge de l'assurance maladie est supérieur à 2000 euros.

Ce montant est doublé en cas de récidive.

ATTENTION :

L'organisme de sécurité sociale ne peut **concurrerment** 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.

VI- CONTENTIEUX DIVERS

le contentieux des contrats de bonne pratique (Article L 162-12-17 et suivants du CSS)

Les contrats de bonne pratique prévoient les conditions dans lesquelles la caisse primaire d'assurance maladie peut, lorsque les engagements ne sont pas tenus, mettre fin à l'adhésion du professionnel après que celui-ci, ait été mis en mesure de présenter ses observations.

Les litiges relatifs aux contrats de bonne pratique relèvent de la compétence du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.