

**Directeur de la publication : Jean-François Rey**

**Rédacteurs en Chef :**

- Philippe Houcke

- Jacques Corallo

# LES FICHES PRATIQUES DU SYNMAD N°17

CONTENTIEUX AVEC LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

## SOMMAIRE

### INTRODUCTION

1. LE CONTRÔLE PAR LES CAISSES
2. CONDUITE A TENIR
3. LE CONTENTIEUX GENERAL
4. LE CONTENTIEUX DISCIPLINAIRE
5. LE CONTENTIEUX CONVENTIONNEL
6. LE CONTENTIEUX DES PENALITES

Vous retrouverez sur le site du Synmad dans la rubrique **publication**, plusieurs informations complémentaires comme des fiches, circulaires ministérielles, décret ... Ceci sur indiqué dans la fiche par : (🌐)

<http://www.synmad.com>

Pour toutes correspondances ou informations complémentaires, vous pouvez joindre le rédacteur de la fiche par e-mail : Yves DECALF [ydecalf@nordnet.fr](mailto:ydecalf@nordnet.fr) ou [jean-francois.rey@wanadoo.fr](mailto:jean-francois.rey@wanadoo.fr)

## Introduction

Le contentieux avec les organismes d'Assurance Maladie peut prendre de nombreuses formes. Il peut s'agir d'un contentieux général (Tribunal des affaires de Sécurité Sociale), disciplinaire (Ordre des médecins), conventionnel (Comité paritaire local) ou des pénalités (Commission des pénalités issue de la loi du 13/08/2004) avec, dans certains cas, une procédure de récupération d'indus en sus des sanctions. Il est nécessaire de bien connaître ces différentes formes, afin d'assurer une défense adaptée.

### I LE CONTRÔLE PAR LES CAISSES (🌐)

De nombreux contentieux passent par cette phase. Ce contrôle porte sur :

- Les abus de soins, de prescriptions AT II, de tarification, les fraudes.

- L'analyse de l'activité du médecin. Cette analyse doit se dérouler dans le respect des droits de la défense, avec notamment l'information préalable du médecin avant audition et examen des patients, la notification au médecin qui a **un mois** pour être entendu.

Un ou plusieurs contentieux peuvent être ensuite engagés par les caisses, en sachant cependant qu'il ne peut y avoir, pour le même fait, un cumul entre le contentieux, des pénalités et le conventionnel.

### II CONDUITE A TENIR (🌐)

**1- Constitution d'un dossier solide, argumenté** en cas d'erreur manifeste, il vaut mieux rembourser qu'être condamné à le faire.

**2- Vérifier que la lettre de la Caisse comprend bien les motifs du contentieux :** la formule « le contrôle médical estime que... » est insuffisante. Toute décision administrative doit être motivée.

**3- Prendre contact avec le responsable** du contentieux auprès de syndicat et se faire assister, pour la rédaction de ses observations et lors des auditions, par un confrère ou un conseil.



**SYNDICAT NATIONAL DES MÉDECINS FRANÇAIS  
SPÉCIALISTES DE L'APPAREIL DIGESTIF**

79, rue de Tocqueville • 75017 PARIS  
Tél : 01 44 29 01 30 ou 01 44 29 01 23 • Fax : 01 40 54 00 66  
[www.synmad.com](http://www.synmad.com) • E-mail : [Synmad@wanadoo.fr](mailto:Synmad@wanadoo.fr)

EDITIONS DUREY ©

#### 4 - S'interroger avec lui pour savoir s'il faut poursuivre le contentieux :

- dans certains cas, le médecin a raison sur 10 % des griefs et tort sur les 90 % restants. Mieux vaut parfois accepter le remboursement, que poursuivre une procédure mélangeant plusieurs points dans lesquels les juges ne se retrouveront pas. D'autant qu'une condamnation sur l'ensemble peut entraîner une jurisprudence sur tel point particulier.
- on peut éventuellement prendre contact avec la Caisse, mais si accord est conclu, il faut le formaliser par écrit, et ne pas se contenter d'un accord verbal.

#### 5 - Vérifier si la procédure a été respectée :

- délais de prescription ;
- information préalable à l'examen des patients, en cas de contrôle de l'activité ;
- notification motivée de la Caisse avec possibilités de recours et délais ;
- délai de notification de la Caisse après avis de la Commission (par exemple, 15 jours pour les pénalités financières) ;
- validité des procès-verbaux en cas d'enquête administrative.

#### 6 - Attention aux délais de recours, spécifiques à chaque contentieux et parfois brefs.

7 - **Formaliser les observations, les comptes-rendus d'entretien, les éventuels accords par écrit.** Le procès-verbal d'entretien ne doit pas seulement indiquer que l'audition a eu lieu, mais en transcrire le contenu.

#### 8 - Être présent lors des audiences des tribunaux.

9 - **Attention aux cumuls de contentieux** : un contentieux, par exemple en recouvrement d'indus, peut en entraîner un autre, conventionnel, notamment.

### III LE CONTENTIEUX GENERAL (📍)

Il règle les différends auxquels donne lieu l'application des législations et réglementations de sécurité sociale. Pour les professionnels de santé, cela porte :

- sur le type de cotation employé par le médecin, ne correspondant pas à l'acte effectué ;
- sur une cotation ne figurant pas à la Nomenclature ;
- sur les conditions techniques d'exécution de l'acte non conforme à celles énoncées dans la Nomenclature ;
- sur le non respect des Dispositions Générales de la Nomenclature.

#### 1°. La Commission de Recours Amiable :

L'assuré social (ou en cas de tiers payant ou en cas de demande de reversion le médecin) doit, dans un **délai de 2 mois** à partir de la notification du refus, adresser une lettre recommandée avec accusé de réception à Monsieur le Président de la Commission de Recours Amiable, Caisse d'Assurance Maladie de ... dans laquelle il indique les motifs de sa réclamation. La commission a 1 mois pour se prononcer.

#### 2°. Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale :

Si la décision amiable ne vous a pas donné satisfaction, vous pouvez saisir le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (du lieu d'exercice du médecin) **dans un délai de 2 mois** suivant la notification de la décision amiable. Un appel suspensif est possible soit suivant le montant auprès de la Cour d'Appel ou de la Cour de Cassation.

#### 3°. La Cour d'Appel si la somme en cause est $\geq$ à 4000€ ou indéterminée :

L'Appel doit être porté dans **un délai de 1 mois** qui suit la notification de la décision du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

#### 4°. La Cour de Cassation si la somme est $<$ à 4000€ :

L'arrêt de la Cour d'Appel ou la décision du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, lorsque le recours à la Cour d'appel n'était pas possible, est susceptible d'un recours en cassation **dans le délai de 2 mois** suivant la notification de l'arrêt par l'intermédiaire d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation.

### IV CONTENTIEUX DISCIPLINAIRE (📍)

Les Caisses et/ou le service médical peuvent saisir la section des assurances sociales du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins. Cette saisine est prévue en cas de "fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux". Elle devrait donc concerner les fautes graves. Cependant, nous constatons parfois que certains praticiens sont traduits devant cette juridiction pour, par exemple, des divergences d'appréciation de la Nomenclature.

#### Les sanctions susceptibles d'être prononcées sont :

1° l'avertissement, 2° le blâme, 3° l'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, avec ou sans sursis, 4° en cas d'abus d'honoraires, remboursement du trop perçu à l'assuré ou reversement aux organismes de Sécurité Sociale du trop remboursé, même en l'absence de sanctions prévues ci-dessus.

Les sanctions prévues aux 3° et 4° peuvent faire l'objet d'une publication. La procédure est écrite et contradictoire. Les intéressés peuvent se faire assister ou représenter par un praticien ou un avocat.

L'appel est possible au niveau de la section des assurances sociales du Conseil National de l'Ordre des Médecins avec la même procédure dans **un délai de 30 jours suivant la notification**. Il a un effet suspensif.

L'arrêt de la section du Conseil National de l'Ordre est susceptible d'un recours au Conseil d'Etat par le Ministère d'un avocat et dans un délai de 2 mois (non suspensif).

## V CONTENTIEUX CONVENTIONNEL (📍)

En cas de constatation, par une Caisse, du non-respect des dispositions de la présente convention (2005) par un médecin libéral, et 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 constatation 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.

La convention 2005 prévoit les sanctions suivantes :

- 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.
  - suspension du droit permanent à dépassement ou du droit de pratiquer des honoraires différents ; cette mesure ne peut être prononcée qu'en cas de non respect du tact et de la mesure (mais après décision du Conseil de l'Ordre).
  - suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés ; cette mesure ne peut être prononcée qu'en cas de non respect des limites des dépassements fixées par la convention.
  - mise hors convention de trois jours, une semaine, 1, 3, 6 mois ou 1 an, ou pour toute la durée de la convention.
- Toute suspension supérieure ou égale à 3 mois entraîne la suspension de la participation des Caisses au financement des cotisations sociales pendant la durée de cette suspension.

### 1° PROCEDURE :

a) **Lettre d'avertissement de la Caisse** (L.R. avec A.R.) adressée au médecin. Le praticien a **1 mois** pour modifier sa pratique.

b) **Relevé de constatations de la Caisse** (L.R. avec A.R.) adressé au médecin

En cas d'absence de modification de la pratique du professionnel dans un délai d'un mois après l'envoi par la Caisse d'un avertissement par lettre recommandée avec accusé de réception, la CPAM, communique le relevé des constatations au médecin concerné par lettre recommandée avec avis de réception, avec copie aux présidents des deux sections de la CPL (commission paritaire locale).

Le médecin libéral dispose d'un **délai de 1 mois** à compter de la date de communication du relevé des constatations 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 par un confrère de son choix.

→ La CPL donne son avis dans **ce même délai de 1 mois**. A l'issue de ce délai de 1 mois, l'avis de la CPL est réputé rendu.

Lorsque la CPL 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.

Cette dernière invite le praticien à lui faire connaître ses observations dans le mois suivant la communication du relevé au praticien. Durant cette période, le médecin peut être entendu à sa demande par la "formation médecins" de la CPL.

c) **Sanction éventuelle** : elle est notifiée par les Caisses à l'issue de ce **même délai de 1 mois**.

### 2° PROCEDURE D'APPEL

a) en cas de décision de mise **hors convention** d'une durée **inférieure ou égale à 1 mois** ou d'une décision de suspension de la prise en charge des **cotisations sociales** d'une **durée inférieure ou égale à 6 mois**, le médecin peut saisir la CPR (Commission Paritaire Régionale) à titre de commission d'appel. La saisine par le médecin doit intervenir **dans le mois** qui suit la notification de la sanction. La saisine de cette commission suspend l'application de la sanction.

La commission d'appel se prononce dans les 30 jours de sa saisine sur pièces. Dans tous les cas, la commission doit se réunir dans les 2 mois et son avis est réputé rendu dans un délai de 3 mois. La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée, son avis motivé est transmis au médecin qui l'a saisie.

b) en cas de décision de mise **hors convention** d'une **durée supérieure à 1 mois** ou d'une décision de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une **durée supérieure à 6 mois**, le médecin peut saisir la CPN (Commission Paritaire Nationale) à titre de commission d'appel. La saisine par le médecin doit intervenir **dans le mois** qui suit la notification de la sanction. La saisine de cette commission suspend l'application de la sanction.

La commission d'appel se prononce dans les 45 jours de sa saisine sur pièces. Dans tous les cas, la commission doit se réunir dans les 2 mois et son avis est réputé rendu dans un délai de 3 mois. La commission d'appel donne un avis sur la qualification des faits ainsi que la nature et la durée de la sanction notifiée, son avis motivé est transmis au médecin qui l'a saisie.

c) Ne pas oublier le recours de droit commun. La contestation de la décision de la Caisse peut se faire aussi – **dans les 2 mois** - devant le Tribunal des affaires de Sécurité Sociale.

**VI CONTENTIEUX DES PENALITES** (☛) introduit par la loi du 13/08/2004 ; En cas de non respect :

- de l'obligation d'établir pour les assurés relevant d'un protocole de soins, des prescriptions qui y soient conformes ;
- de l'obligation de mentionner le caractère non-remboursable – « NR » - des produits, prestations et actes prescrits ;
- des règles relatives aux modalités de présentation des feuilles de soins et ordonnances ;
- des règles relatives à la classification des actes (CCAM-Nomenclature) ;
- des conditions relatives au caractère personnel et individuel des cartes électroniques individuelles : la carte vitale du malade et la carte de professionnel de santé (CPS) du médecin ;
- de l'obligation de mentionner sur les documents, ouvrant droit à des prestations pour l'assuré et destinés aux services du contrôle médical, les éléments justifiant les arrêts de travail et les transports prescrits ; de l'obligation de mentionner sur la feuille d'accident de travail les actes accomplis indemnisables ;

Les médecins peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie.

Le montant de la pénalité (doublé en cas de récidive) est :

- compris entre 75 et 500 euros lorsque le montant présenté au remboursement ou mis à la charge de l'assurance maladie est compris entre 0 et 500 euros ;
- compris entre 125 et 1000 euros lorsque le montant présenté au remboursement mis à la charge de l'assurance maladie est compris entre 500 et 2000 euros ;
- compris entre 500€ et deux fois le plafond de la sécurité sociale (plafond de la sécurité sociale en vigueur à la date des faits (2589 € mensuel au 01/01/2006) lorsque le montant présenté au remboursement ou mis à la charge de l'assurance maladie est supérieur à 2000 euros.

#### **1°) Mise en garde**

Le Directeur de la CPAM adresse au médecin une MISE EN GARDE lui indiquant les faits litigieux en lui précisant que si des faits de même nature étaient constatés après **un délai de 1 mois**, il pourrait engager une procédure. ATTENTION : cette mise en garde n'est pas obligatoire :

- lorsqu'il y a eu dans les 2 ans précédant une mise en garde ou une pénalité financière pour le même motif.
- lorsque le remboursement relatif aux faits dépasse la moitié du plafond mensuel de la Sécurité Sociale (2589 € au 01/01/2006).

#### **2°) Notification**

Si, malgré la mise en garde, des faits de même nature sont constatés à l'issue du **délai de 1 mois** imparti, le Directeur adresse au praticien une notification précisant les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue. Il précise que le praticien dispose d'un **délai de 1 mois** pour être entendu s'il le souhaite par lui-même ou son représentant ou lui adresser ses observations écrites.

Après réception des observations ou après l'audition, ou au terme du délai de 1 mois, le Directeur peut saisir la commission.

#### **3°) Avis de la commission des pénalités**

Le Directeur de l'organisme local doit prendre l'avis d'une commission composée de 5 membres de la Caisse et de 5 médecins proposés par la commission paritaire locale. Elle rend son avis dans un délai d'un mois à compter de sa saisine, après avoir entendu le Directeur ou son représentant et le médecin (qui peut se faire assister ou représenter par la personne de son choix).

#### **4°) Sanction éventuelle**

Le Directeur dispose d'un **délai de 15 jours** à compter de la réception de l'avis de la commission (ou en l'absence d'avis de cette commission un mois), pour fixer, par une décision motivée, le montant de la pénalité, et la notifier à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. A défaut, cette procédure est considérée comme abandonnée.

#### **5°) Appel de la mesure**

La mesure prononcée peut être contestée devant le tribunal administratif (sans caractère suspensif, **délai 2 mois**).

(☛) Annexes :

- Le tableau général des contentieux avec les Caisses d'Assurance Maladie