

**OBSERVATIONS DE L'UNPS
RELATIVES AU PROJET DE DECRET PRIS EN APPLICATION DE
L'ARTICLE 115 DE LA LOI DE FINANCEMENT DE SECURITE
SOCIALE 2009 QUI REFORME LA PROCEDURE DES
PENALITES FINANCIERES**

L'article 115 de la LFSS 2009 a réécrit en totalité l'article L162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale afin d'énumérer les personnes visées par le dispositif et les cas d'application des sanctions.

Le législateur souhaitait simplifier la procédure ; ce projet de décret n'est pas une simplification ; il aggrave le dispositif des sanctions financières à l'encontre des professionnels de santé et laisse le pouvoir au seul Directeur de la Caisse pour apprécier abus, fautes ou fraudes.

Ce décret nous paraît aller au-delà de ce qu'a voté le législateur à l'article 115 et nous contraint à vous adresser les observations suivantes :

- **Au 2° de l'Art. 147-1**, il est ajouté que l'organisme local d'Assurance maladie compétent pour prononcer une pénalité financière est celui dont « *les contrôles ou la bonne gestion de ses services ou du contrôle médical ont été perturbés ou empêchés* » : ces notions paraissent insuffisamment précises.
- Le projet **d'article R 147-2** supprime la possibilité actuelle d'une mise en garde préalable nécessaire et pédagogique pour les professionnels de santé. Cette mise en garde paraît indispensable, avant l'envoi de la notification qui précise déjà les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue.

Par ailleurs, **au 1er et au 8ème alinéas**, il est prévu une notification « *par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception* ». Afin d'éviter tout contentieux, il est nécessaire d'exiger un envoi par lettre recommandée avec accusé de réception.

Il en est de même pour la notification de la mise en demeure prévue au 10ème alinéa qui doit entraîner la suppression des dispositions prévues au 14ème alinéa.

Au 2), il est mentionné que le Directeur, dans le cas où il décide de poursuivre la procédure, peut saisir la Commission. Il est nécessaire d'ajouter « *qu'il en informe simultanément l'intéressé et lui indique que celui-ci pourra être entendu par la Commission à sa demande* ».

- Afin de lever cette même ambiguïté, il y a lieu de préciser au **5ème alinéa** « *après que le Directeur (...) a présenté ses observations et après avoir entendu l'intéressé, s'il le souhaite, la Commission rend un avis motivé* ».
- Nous réaffirmons que le droit de l'intéressé à être entendu doit être reconnu dans le respect du contradictoire et que l'avis rendu par la Commission des Pénalités doit

être impérativement suivi par le Directeur de la Caisse pour renforcer l'intérêt de cette Commission.

- **Au 8ème alinéa du VI** du projet d'article **R 147-3**, il est prévu d'interdire au professionnel de santé faisant l'objet d'une plainte (...) « *d'une action devant une juridiction ordinale d'une procédure conventionnelle, d'une pénalité ou d'une mise sous accord préalable, (...) de siéger* ». On peut admettre cette disposition dans le cas d'un professionnel de Santé ayant déjà fait l'objet d'une condamnation, mais, dans le cas d'une procédure en cours, cette disposition, contraire au principe de la présomption d'innocence, doit être supprimée.

- Le **VIII** du décret prévoit un nouvel article **R 147-5** dont la première phrase est ainsi libellée : « *Sous réserve de dispositions particulières prévues aux sous sections suivantes, ainsi qu'à la section 2 du présent chapitre, les pénalités financières se cumulent entre elles* ». S'il est précisé immédiatement après « *Toutefois, sous la même réserve, lorsqu'un même fait ou un même comportement peut relever simultanément de plusieurs des cas mentionnés au présent chapitre, seule la pénalité la plus élevée est encourue* », cette affirmation est ambiguë. Il est préférable de mentionner « *Les pénalités financières pour des faits distincts et ne résultant pas d'un même comportement faisant l'objet de la même procédure se cumulent entre elles* ».

- **Art R 147-8 (nouveau) :**
Au **3°** de cet article, sera susceptible d'une pénalité financière le fait de répondre tardivement ou incomplètement à une demande d'information demandée émanant du contrôle médical. Ces dispositions doivent être précisées. En effet, il convient de définir les demandes d'informations concernées et de souligner que la notion de tardive ou d'incomplète n'est pas objective.

Au **5°** de cet article, le professionnel de santé sera susceptible d'une pénalité financière quand, après avoir été mis deux fois sous accord préalable, l'Assurance maladie constatera un « *niveau de prescriptions ou de réalisations du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, significativement supérieur à la moyenne régionale* » : Une moyenne régionale ne peut être considérée comme une norme et le professionnel doit pouvoir faire valoir une patientèle ou une activité particulières expliquant l'écart avec la moyenne régionale.

- Le **II du nouvel article R 147-8-1** prévoit que « *L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalités prévu par le présent chapitre et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner l'inobservation des mêmes règles* ». Compte tenu de l'élargissement, la rigueur et le caractère répressif accentué de la nouvelle procédure envisagée de pénalités financières, les mêmes faits ne doivent pas pouvoir donner lieu concurremment à aucune autre procédure quel qu'elle soit notamment conventionnelle, disciplinaire de droit commun ou devant la section des assurances sociales.

- **Nouvel art R 147-11 :**
Entrent dans la définition des fraudes le fait pour un professionnel de santé de demander un remboursement avant d'avoir réalisé l'acte : par exemple à la demande du patient pour obtenir le remboursement avant de payer le professionnel ; de plus, l'envoi de la feuille de soins dans un tel cas sera constitutif d'un faux et usage de faux, donc susceptible également d'une poursuite devant un Tribunal pénal. Cette disposition paraît excessive.

De surcroît cet article prévoit que dans ces cas de fraudes, il n'y a pas d'avis de la commission. Nous demandons que, même dans les cas graves de fraudes, le professionnel en cause puisse bénéficier d'un avis de la commission où siègent ses pairs.

- Concernant les dispositions particulières en cas de fraude, individuelle ou en bande organisée, nous déplorons le fait que plus les faits éventuellement reprochés et la pénalité encourue sont graves, moins il est reconnu de droits à l'intéressé, ce qui est exactement le contraire des règles de procédure pénale. **Ainsi, l'article 5 du projet de décret, I, modifiant l'article R 315-1-1** qui mentionne que l'on pourra entendre et examiner les patients sans en informer au préalable le professionnel lorsque « *l'analyse à pour but de démonter l'existence d'une fraude* » est une procédure qui ne respecte pas le principe du contradictoire ; il est par ailleurs surprenant qu'un bilan annuel soit adressé aux Conseils Nationaux des Ordres.

- **L'article R 114-18** du code de la Sécurité sociale est modifié : Les agents des CPAM pouvaient procéder à toutes vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les assurés sociaux en vue de bénéficier, ou de faire bénéficier leurs ayants droit, des prestations servies au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès. Du projet de rédaction résulte que désormais ils pourront aussi faire ces vérifications auprès du professionnel de santé. La seule garantie serait que, en cas d'atteinte au secret médical, les éléments en cause soient adressés au service médical.