

**LE POUVOIR DISCIPLINAIRE
DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
SUR LES MEDECINS LIBERAUX**



CODECOMED

FEVRIER 2007

VINCENT POTIE

PREAMBULE

Cette étude a permis de mesurer l'ampleur de la possible « main mise » des Caisses sur le médecin.

Désormais, la convention donne compétence aux caisses pour contrôler et sanctionner le médecin, **non pas seulement dans l'approche financière du paiement de ses actes, mais dans son activité médicale courante et même dans sa vie professionnelle proprement dite** ; est-il par exemple admissible que le médecin soit sanctionnable par une caisse pour un défaut de formation médicale continue ?

Quand en plus le législateur vient restreindre les possibilités ouvertes aux syndicats d'oppositions aux conventions, on comprend qu'il est urgent que les fonctions et pouvoirs des uns et des autres, Ordres, Caisses, URMEL, syndicats soient clairement redéfinis.

Ce travail s'inscrit dans cette logique.



INTRODUCTION

L'expression « pouvoir disciplinaire » doit être comprise comme la compétence reconnue à une personne d'infliger des sanctions à une autre personne qui a commis une faute professionnelle. Affirmer l'existence d'un pouvoir disciplinaire entre les mains des Caisses d'assurance maladie sur les médecins libéraux suppose alors que ces dernières détiennent d'une part, une position hiérarchique supérieure à celle des médecins leur permettant de sanctionner un comportement fautif de leur part et d'autre part, que les Caisses interfèrent directement dans l'exercice de la médecine libérale, puisqu'elles peuvent sanctionner les fautes professionnelles commises par les médecins.

La première affirmation peut surprendre dans la mesure où à la lecture des principaux textes législatifs ou réglementaires régissant les rapports entre l'assurance maladie et la médecine libérale, il est noté le caractère conventionnel de leur relation ayant pour finalité une simple collaboration visant à améliorer le système de soins.

Cependant, l'étude effectuée sur l'ensemble de ces textes révèle l'existence d'un pouvoir détenu par les représentants de l'assurance maladie donnant lieu au prononcé de sanctions disciplinaires, autrement dit de mesures de nature à affecter l'exercice professionnel du médecin.

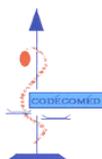
Ce pouvoir leur confère, inévitablement, une position hiérarchiquement supérieure qui contredit à l'évidence, l'esprit collaboratif originel.

La seconde affirmation est une conséquence de la première : de par son pouvoir disciplinaire, l'assurance maladie interfère dans l'exercice de la médecine libérale. Ce constat est condamnable dans la mesure où en principe seuls les membres d'une profession peuvent en surveiller, contrôler et sanctionner l'exercice. Or, par les pouvoirs qui ont été conférés à l'Assurance maladie, ses représentants peuvent à l'heure actuelle prendre des décisions intéressant directement l'exercice de la profession de médecine libérale.

Certes, ces deux constats peuvent être justifiés par la nature conventionnelle des relations : les médecins ont, par leurs représentants accepté de reconnaître aux Caisses d'assurance maladie ce pouvoir disciplinaire ; partant, ils doivent en accepter les conséquences.

En outre le contrôle du bon usage par les médecins des fonds versés par les caisses est parfaitement légitime dans son principe.

Mais l'étude des textes prouve que ce pouvoir disciplinaire s'étend en dehors du champs d'action assurantiel des caisses et tend à donner à ces organismes une fonction parfaitement illégitime de contrôle sur la totalité de l'activité professionnelle des médecins libéraux.



1- LES TEXTES REGISSANT LES RAPPORTS ENTRE LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE ET LES MEDECINS LIBERAUX.

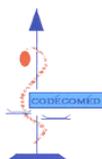
Les relations des médecins et des Caisses d'assurance maladie sont régies pour l'essentiel par le Code de la sécurité sociale, le Code de la santé publique et par la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie en date du 12 janvier 2005 et ses avenants. Une étude de ces textes révèle l'existence de droits en faveur des Caisses qui se traduisent en obligations pour les médecins libéraux. L'analyse juridique de ces droits et obligations permet de conclure à l'existence « d'un pouvoir » détenu par les Caisses pouvant être exercé à l'encontre des médecins.

Bien que la mise en exergue de ce « pouvoir » semble contredire l'esprit collaboratif dans lequel a été signé la Convention nationale de 2005, son étude confirme l'existence d'un ascendant des Caisses sur les médecins libéraux.

Ce « pouvoir » tel que nous le qualifions se décline en plusieurs formes : il s'agit soit d'un pouvoir disciplinaire, soit d'un pouvoir de contrôle.

A- LE POUVOIR DISCIPLINAIRE DES CAISSES SUR LES MEDECINS LIBERAUX.

Celui-ci se manifeste à travers deux sortes de prérogatives détenues par les Caisses. L'une de source légale, l'autre de source conventionnelle.



Les dispositions légales, (article L 145-1 à L 145-3 du Code de la sécurité sociale¹) concernent principalement le pouvoir des Caisses de sanctionner toutes fautes, abus, fraudes ainsi que tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux (1).

Les dispositions conventionnelles sont relatives à la rupture d'adhésion à l'option de coordination (article 1.2.3.4²), et au cas plus général du non respect par le médecin des dispositions de la convention nationale (2).

1- Le pouvoir disciplinaire d'origine légale :

Il s'agit essentiellement de l'article L 145-1 du Code de la Sécurité Sociale ³ qui confère aux représentants de l'Assurance maladie le droit de faire sanctionner toute fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux. Cet article identifie et détermine le champ d'application du pouvoir disciplinaire détenu par les Caisses d'assurance maladie sur les médecins libéraux. Cependant, pour être applicable et donné lieu à sanctions (a), plusieurs conditions doivent être réunies (b).

a- Les conditions.

- *une faute ou un abus ou une fraude ou tous faits intéressant l'exercice de la profession...*

La circulaire CIR 30/2006 du 20/06/2006 émise par la DCCRF définit chacun de ces termes.

La fraude : « *il s'agit d'une action de mauvaise foi dans le but de tromper, de porter atteinte aux droits ou aux intérêts d'autrui. Il y a une intention de nuire* ».

¹ Voir Annexe.

² Voir Annexe.

³ Voir Annexe.



Quelques exemples sont donnés : facturation d'actes de chirurgie réparatrice pour la réalisation d'actes de chirurgie esthétique.

La circulaire précise que pour caractériser la fraude, trois éléments doivent être cumulativement réunis :

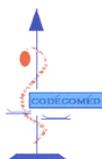
- un élément légal : violation d'un texte
- un élément matériel : réalisation d'une action concrète ce qui sous-entend la réalisation d'un acte positif.
- un élément moral : l'auteur doit avoir eu conscience de son acte et doit l'avoir voulu.
-

Pour prévenir la fraude, l'assurance maladie dispose, selon la circulaire, de trois moyens d'actions :

La prévention : il s'agit de « toute opération qui évite le règlement d'une prestation présentée à l'Assurance Maladie alors qu'elle est l'objet d'une infraction ou d'un manquement. Par extension, une opération simple de répétition d'indus sans engager de contentieux vis-à-vis de l'auteur de la fraude. Les outils de la prévention sont : les blocages sur les chaînes de liquidation, les requêtes informatiques principalement sur le flux mais non exclusivement, le travail de détection par les personnels du traitement des dossiers, le dispositif d'entente préalable ».

La répression de la fraude : il s'agit du contrôle-contentieux : opérations de contrôle en vue de la répression de la fraude qui impose dès sa mise en place la rédaction d'un mémoire de saisine d'une juridiction ou d'une instance de sanctions. Il comprend 4 phases :

- la détection des fraudes. A cette fin, deux moyens sont utilisés : les requêtes informatiques et les plaintes ou les signalements. Les premières portent sur les bases informationnelles constituées (SNIRAM, ERASME, e.PMSI...). Elles visent à repérer des activités ou des comportements suspects de fraudes. Les secondes exigent une efficacité du traitement des plaintes et signalement.



- L'investigation sur le terrain a pour objectif de vérifier les suspicions de fraudes détectées à l'aide d'éléments matériels ou de déclarations recueillis par des enquêteurs des organismes ou du SCM (service du contrôle médical).
- L'instruction du dossier : phase au cours de laquelle est définitivement choisie la voie contentieuse, sont abordées les relations préalables avec les instances de contentieux et est établi le rapport de saisine de la juridiction ou de l'instance de sanction compétente.
- Le suivi de l'application des décisions et l'évaluation de leurs effets.

La faute : « *il s'agit d'un manquement aux obligations dont l'origine peut être un fait positif, une faute par omission, une erreur, une ignorance, une imprudence, une maladresse, une négligence...* ».

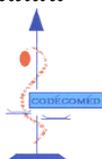
Exemple : non-respect des règles de l'ordonnancier bizona.

L'abus : « *Il s'agit d'un usage avec excès d'un bien, d'une prérogative ou d'une pratique outrepassant des niveaux acceptables par incompetence, complaisance ou négligence. Il n'y a pas d'écart entre les pratiques et les normes législatives ou réglementaires mais entre les premières et des référentiels médicaux* ». Exemples : abus de prescriptions de médicaments, d'arrêts de travail, abus de consultations, abus en matière d'honoraires...

Les faits intéressant l'exercice de la profession : La circulaire ne définit pas ce qu'il faut entendre par « *faits intéressant l'exercice de la profession* ».

Cette catégorie d'événements susceptibles d'être sanctionnés ne présente pour seule limite le nécessaire lien avec l'exercice de la profession, c'est-à-dire qu'il vise tout acte commis dans le cadre professionnel. Il s'agit d'une aberration du droit disciplinaire dont une règle essentielle est bien entendu le caractère défini et de stricte interprétation des faits susceptibles de sanctions. L'appréciation souveraine de la possibilité de sanction ressort exclusivement du pouvoir de l'instance qui sanctionne ! Cette disposition est extrêmement choquante devrait faire l'objet d'un amendement législatif de suppression.

➤ *...relevés à l'encontre des médecins à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux.*



Cette seconde partie de l'article vise les actes concernés par l'article L 145-1, leurs auteurs et le destinataire de la protection.

Les actes concernés sont les soins dispensés aux patients par le médecin. On entend par soins, tous actes à visées thérapeutiques ou non prescrits et réalisés par le médecin ès qualité. Le destinataire de la protection est l'assuré social : c'est-à-dire le patient bénéficiaire d'une assurance sociale, à l'exclusion de tout autre.

b- Les sanctions (Art. L 145-2 CSS⁴).

Les sanctions sont :

- L'avertissement
- Le blâme avec ou sans publication

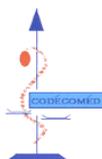
Ces deux sanctions entraînent systématiquement, si elles sont prononcées, la privation du droit de faire partie du Conseil départemental, du Conseil régional ou interrégional ou du Conseil national de l'ordre pendant 3 ans. (Art. L 145-2-1 CSS⁵)

- L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux. Cette interdiction peut faire l'objet d'une publication.
- En cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé. Cette sanction peut également faire l'objet d'une publication.

Toutefois les sanctions prononcées par les sections des assurances sociales de l'Ordre ne sont pas cumulables avec les peines infligées par le conseil régional et par la section disciplinaire du Conseil national à raison des mêmes faits.

⁴ Voir Annexe

⁵ *Id.*



2- Le pouvoir disciplinaire d'origine conventionnel :

Outre ces dispositions textuelles regroupant l'essentiel du pouvoir disciplinaire détenu par les Caisses à l'égard des médecins libéraux, le Code de la sécurité sociale atteste dans son article L162-5, la nature conventionnelle des relations entre les Caisses et les médecins. En témoigne, la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 approuvée par un arrêté du 3 février 2005 (JO du 11 février 2005). Elle a été signée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie⁶, par le Syndicat des médecins libéraux, la Confédération des syndicats médicaux français et l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France. Elle s'applique à tous les médecins libéraux généralistes et spécialistes conventionnés.

Principalement, cette Convention a pour objet d'organiser les rapports entre l'assurance maladie et les médecins libéraux. Bien que lesdits rapports supposent une relation d'égal à égal, plusieurs articles de la convention confèrent aux Caisses d'assurance maladie des pouvoirs d'ordre disciplinaire à l'égard des médecins. La première manifestation de ce pouvoir se révèle à l'article 1.2.3.4⁷ relatif à la rupture d'adhésion à l'option de coordination (a), la seconde fait référence au cas plus général du non respect par le médecin des dispositions de la convention nationale (b).

a- La rupture d'adhésion à l'option de coordination.

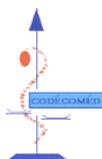
L'article 1.2.3.1⁸ propose aux médecins généralistes et spécialistes, autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent, d'adhérer à un système de tarifs maîtrisés.

L'article 1.2.3.4 prévoit toutefois que si la Caisse constate le non-respect par le praticien adhérent de ses engagements, elle peut lui notifier la fin de son adhésion après l'avoir averti et demandé de lui communiquer ses observations. Dès lors, la Caisse stoppe immédiatement le

⁶ L'UNCAM (Union nationale des Caisses d'Assurance maladie) créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Elle est composée d'un conseil de 18 membres (12 sont issus du régime général, 3 du régime agricole et 3 du régime des indépendants). L'UNCAM doit **assurer une meilleure coordination entre les différents régimes de l'Assurance Maladie, établira des partenariats avec les professionnels de santé et l'Union des organismes complémentaires**. Elle a également pour mission la **gestion de la nomenclature des actes remboursables, les relations conventionnelles et la fixation des taux de remboursements**. Il s'agit d'un établissement public.

⁷ Voir Annexe.

⁸ *Id.*



versement de sa participation aux cotisations sociales et peut récupérer auprès du médecin les acomptes versés au titre de l'année en cours. Le cas échéant, elle peut également procéder à une action en récupération des sommes indûment versées.

Ces prérogatives permettent d'affirmer qu'il s'agit ici de la manifestation d'un pouvoir de rupture unilatéral exercé par la Caisse en vue de sanctionner le comportement du médecin qui n'aurait pas respecté ses engagements. Ce pouvoir peut être qualifié de disciplinaire, bien que les juridictions administratives ne partagent pas ce point de vue, dans la mesure où la sanction a des effets sur l'exercice de la profession par le médecin qui ne pourra plus bénéficier des prestations de la Caisse.

Par ailleurs, l'article 5.4.1⁹ expose les sanctions pouvant être infligées au médecin n'ayant pas respecté les dispositions de la convention. Ces sanctions révèlent également l'existence d'un pouvoir disciplinaire entre les mains de la Caisse d'assurance maladie.

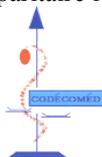
b- Le non-respect par le médecin libéral des dispositions conventionnelles.

Lorsque la Caisse constate le non-respect par un médecin libéral des dispositions conventionnelles, elle lui enjoint de modifier sa pratique professionnelle dans un délai d'un mois au moyen d'un avertissement envoyé par lettre recommandée avec accusé de réception.

A défaut de modification de sa pratique dans ce délai, le médecin reçoit par la CPAM, agissant pour le compte de l'ensemble des Caisses, un relevé des constatations par lettre recommandée avec avis de réception et dont la copie est adressée aux présidents des deux sections de la commission paritaire locale¹⁰.

⁹ Voir Annexe.

¹⁰ Il s'agit d'une instance conventionnelle convenue entre les parties pour assurer une gestion paritaire de la vie conventionnelle. Il en existe 3 : la commission paritaire nationale, la commission paritaire régionale et la commission paritaire locale.



Le médecin dispose alors d'un délai d'un mois à compter de la date de communication du relevé des constatations pour présenter ses observations ou être entendu à sa demande par le directeur de la Caisse ou son représentant¹¹.

Dans le même délai, la commission paritaire locale donne son avis, à défaut il est réputé rendu¹².

A l'issue de ce délai d'un mois, les Caisses décident de l'éventuelle sanction.

➤ ***Les sanctions encourues sont :***

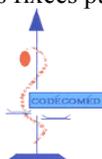
- suspension du droit permanent à dépassement, du droit de pratiquer des honoraires différents¹³. Ces mesures ne pouvant être prises qu'après décision du Conseil de l'Ordre,
- suspension du droit à pratiquer des dépassements autorisés plafonnés¹⁴,
- suspension de la ou des participations des Caisses à la prise en charge des avantages sociaux pour les médecins en bénéficiant. Il s'agit d'une mesure suspensive limitée dans le temps : 1, 3, 6 ou 12 mois,
- application d'une contribution financière, en cas de non respect des références médicales opposables,
- suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel. Cette mesure peut être temporaire (3 jours, 1 semaine, 1, 3, 6 ou 12 mois) ou prononcé pour la durée d'application de la convention soit 5 ans selon l'importance des griefs.

¹¹ Le médecin peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix.

¹² Lorsque la CPL juge nécessaire de recueillir, auprès du praticien concerné, les éléments d'information relatifs à la 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 des constatations au praticien. Durant cette période, le médecin peut être entendu à sa demande par la formation médecins de la CPL ; il peut se faire assister par un avocat ou par un confrère de son choix. La formation médecins donne son avis dans le même délai. A l'issue de ce délai d'un mois, l'avis de la formation médecins de la CPL est réputé rendu.

¹³ La convention précise que cette mesure ne peut être prononcée qu'en cas de non respect du tact et de la mesure.

¹⁴ La convention précise que cette mesure ne peut être prononcée qu'en cas de non-respect des limites de dépassements fixées par la convention.



La décision motivée prise par la Caisse est notifiée par le directeur de la CPAM¹⁵ du lieu d'exercice du professionnel par lettre recommandée avec avis de réception. Cette notification précise la date d'effet de la décision et les voies de recours.

➤ **Les voies de recours :**

Le médecin peut saisir la commission paritaire régionale¹⁶ à titre de commission d'appel, dès lors qu'il a fait l'objet d'une 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.

Cependant, si le médecin fait l'objet d'une 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, il peut saisir la commission paritaire nationale¹⁷ à titre de commission d'appel.

Pour les autres hypothèses et en application de l'article 5.4.3¹⁸ de la convention, le praticien dispose des voies de recours de droit commun.

B- LE POUVOIR DE CONTROLE DES CAISSES SUR LES MEDECINS LIBERAUX.

De nombreux textes régissant l'exercice de la médecine libérale obligent les médecins à rendre compte aux Caisses. Cette obligation se décline en plusieurs conditions auxquelles est soumise la profession à peine de sanctions ou de pertes d'avantages.

Cette situation permet de déduire que les Caisses d'assurance maladie détiennent sur les médecins libéraux un pouvoir de contrôle. Ce pouvoir de contrôle se traduit soit par une

¹⁵ Ce dernier agissant pour le compte de l'ensemble des régimes.

¹⁶ Article 5.4.4 de la Convention.

¹⁷ *Id.*

¹⁸ Voir Annexe



obligation d'information à laquelle est tenue le médecin, soit par un avantage conféré par les Caisses et auquel le médecin peut prétendre s'il s'exécute.

Concernant l'obligation d'information auquel est tenu le médecin à l'égard des CPAM. Les exemples sont nombreux, nous pouvons ainsi citer l'article 4.3 de la Convention nationale relatif à l'installation du médecin qui oblige celui-ci, dès la date de sa 1^{er} installation en exercice libéral afin de bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, de déclarer à la CPAM du lieu d'implantation de son cabinet principal sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents. En l'absence de déclaration expresse, le médecin est réputé conventionné en secteur à honoraires opposables.

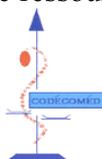
Concernant les avantages conférés par les Caisses. A l'instar de l'hypothèse précédente, les exemples sont nombreux, seul quelques uns seront cités.

Ex 1 : Article 4.2 de la Convention relatif à la télétransmission.

Pour inciter les médecins à télétransmettre, la Convention prévoit le versement par la CPAM d'une aide à l'équipement informatique (art 4.2.3.4). En contrepartie de cet avantage, les caisses sont alors informées des médecins appliquant cette disposition conventionnelle ce qui leur permet d'exercer un contrôle des professionnels exécutant ou non la convention.

Ex 2 : Article 4.4 de la Convention : en application du 5^e de l'article L 162-14-1 du Code de la sécurité sociale, les parties signataires conviennent que les Caisses d'assurance maladie participeront au financement des cotisations dues par les médecins conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables. Cette disposition permet aux Caisses de contrôler les médecins conventionnés ou non. La contrepartie étant la non participation au financement des cotisations dues par lesdits médecins.

Ex 3 : Article 6.4 de la Convention : L'UNCAM s'engage à favoriser la participation des médecins libéraux conventionnés aux actions de formation professionnelle conventionnelle, en permettant le versement à leur profit d'une indemnité compensant la perte de ressources occasionnée par le temps passé en formation.



Cette disposition conventionnelle permet non seulement aux Caisses de connaître les médecins participants aux formations professionnelles mais aussi de s’immiscer dans l’obligation de formation professionnelle des médecins dans la mesure où les Caisses disposent de représentants aux instances de formation professionnelle conventionnelle (art.6.1)

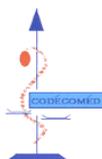
Par ailleurs, il est à signaler que ce pouvoir de contrôle peut être assorti d’un pouvoir de sanction. En effet, l’article L 162-1-14 du Code de la sécurité sociale prévoit que :

L'inobservation des règles du présent code 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 les professionnels de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation ainsi que l'absence de déclaration par les assurés d'un changement dans la situation justifiant le service de ces prestations 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. (...) Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive¹⁹. La mesure prononcée doit être motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.

Le point le plus surprenant de ce pouvoir de sanction est qu’il est assorti de prérogatives quasi-juridictionnelles dont bénéficient le directeur de l’organisme d’assurance maladie. En effet, l’article L 162-1-14 prévoit « qu’en l'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de la pénalité, le directeur de l'organisme d'assurance maladie envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois²⁰. (...) Le directeur de l'organisme, lorsque la mise en demeure est restée sans effet, peut délivrer **une contrainte** qui, à défaut

¹⁹ L'organisme d'assurance maladie notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne ou l'établissement en cause, afin qu'il puisse présenter leurs observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, l'organisme d'assurance maladie prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé ou à l'établissement en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.

²⁰ La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans les deux ans précédant son envoi.



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** ».

Cette prérogative est juridiquement critiquable car le directeur de l'organisme d'assurance maladie ne semble pas répondre aux critères de légitimité nécessaire à tout dépositaire de prérogatives juridictionnelles.



II - LES POUVOIRS DISCIPLINAIRES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE PAR LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DES ORDRES DES MEDECINS

L'étude de la procédure et de la jurisprudence des sections assurance sociale des Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins prouve que la place qui est faite aux droits de la défense des médecins y est scandaleusement insuffisante. Les moyens en personnel et en droits d'investigation déployés par les Caisses dans ces procédures disciplinaires sont tels qu'il ne peut être, en pratique, répondu aux accusations par les médecins. Cette inégalité peut et doit être résolue par l'affirmation de garanties non seulement procédurales mais aussi de fond en faveur des médecins libéraux et ce dans le seul dessein de rétablir l'équilibre entre les parties. (Titre II)



I- le pouvoir disciplinaire des Caisses Primaires d'Assurance Maladie sur les médecins libéraux

II- les moyens de contestation du pouvoir disciplinaire et les moyens de défense individuelle des médecins libéraux.



Le pouvoir disciplinaire des Caisses Primaires d'Assurance Maladie sur les médecins libéraux

Les relations entre les Caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux sont principalement régies par le Code de la sécurité sociale (section I) et la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 12 janvier 2005 (section II).

L'analyse de ces textes révèle que les Caisses peuvent sanctionner à plusieurs titres les manquements d'un médecin. Ainsi, il peut s'agir de sanctions prononcées pour non respect des dispositions conventionnelles ou de sanctions visant à réprimer un comportement considéré par les Caisses comme étant contraire à la discipline de la profession. Seules les deuxièmes nous intéressent, pour pouvoir les identifier, il a donc été jugé utile de dégager un critère. Ce dernier est lié à la définition de la sanction disciplinaire classiquement retenue par le Code du travail selon laquelle constitue une sanction disciplinaire, toute mesure prononcée à la suite d'un agissement du médecin, de nature à affecter immédiatement ou non ses fonctions, sa carrière ou sa rémunération.

Le Code de la sécurité sociale.

Il s'agit essentiellement de l'article L 145-1 du CSS qui confère aux représentants de l'Assurance maladie le droit de faire sanctionner toute fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux. Cet article identifie et détermine le champ d'application du pouvoir disciplinaire détenu par les Caisses d'assurance maladie sur les médecins libéraux. Cependant, pour être applicable (cf page 5) et donner lieu à des sanctions (cf p 8) prononcées par des juridictions particulières :



Les juridictions :

La Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance :

Connue également sous le nom de « section des assurances sociales des Conseils régionaux », il s'agit d'une juridiction de première instance compétente pour apprécier le contentieux du contrôle technique.

Composition

Cette juridiction²¹ est présidée (échevinage) par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel en activité dans le ressort desquelles se trouve le siège du conseil régional de l'ordre des médecins²². Elle comprend deux assesseurs représentant l'ordre des médecins²³ et deux assesseurs représentant les organismes d'assurance maladie²⁴ (paritarisme).

Saisine (Art. 145-18 CSS) :

Elle peut être saisie soit par les organismes d'assurance maladie, les caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs, soit par les syndicats de praticiens, soit par les conseils départementaux des ordres intéressés, 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 agricoles²⁵.

Elles peuvent également être saisies :

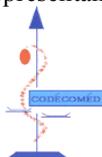
²¹ Telle que qualifiée par l'art. L 145-6 CSS.

²² Deux présidents suppléants peuvent éventuellement être nommés dans les mêmes conditions.

²³ Nommés sur la proposition du Conseil régional de l'ordre et choisis en son sein

²⁴ Le premier est nommé sur proposition du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans la région, le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents dans la région respectivement du régime de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régimes.

²⁵ Ou leurs représentants



1° en ce qui concerne le régime général : 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.

2° en ce qui concerne, le régime agricole : par le médecin-conseil national et les médecins-conseils chefs de service des échelons départementaux ou pluri départementaux du contrôle médical.

3° en ce qui concerne, les autres régimes, par les médecins-conseils responsables du service du contrôle médical d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale.

Recours :

L'appel des décisions de la section des assurances sociales du conseil régional peut être fait devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins dans les 30 jours à compter de la notification de la décision. Il peut être formé par les parties intéressées, 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, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture (art.R145-21 CSS).

La Section des assurances sociales du Conseil national,

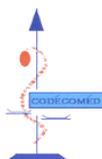
juridiction d'appel :

Composition :

Elle est présidée par un Conseiller d'Etat ou un de ses suppléants. Elle comprend également quatre assesseurs : deux assesseurs représentent l'Ordre des médecins et sont désignés par le Conseil national de l'Ordre des médecins parmi les membres et anciens membres de l'Ordre, deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie et sont désignés par le Ministre chargé de la sécurité sociale.

Attributions :

Elle peut connaître en appel de toutes les décisions des sections des assurances sociales des conseils régionaux et peut les confirmer, les réformer ou les annuler.



Recours :

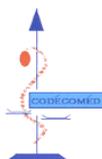
Ces décisions ne peuvent faire l'objet que d'un pourvoi devant le Conseil d'Etat par la voie du recours en cassation. Le pourvoi doit être déposé dans les 2 mois de la notification de la décision. Il n'est pas suspensif.

**Moyens de contestation
du pouvoir disciplinaire des Caisses
et Moyens de défense individuelle
des médecins libéraux :**

***Les moyens de contestation du pouvoir
disciplinaire des Caisses d'assurance
maladie :***

Les constats :

Remarques préalables :



- La nature conventionnelle des relations telles qu'affirmée par le Code de la sécurité sociale dans son article L 162-5 ainsi que l'esprit de collaboration retenu par la convention nationale du 12 janvier 2005²⁶ entre en parfaite contradiction avec l'existence d'un pouvoir disciplinaire conféré aux caisses d'assurance maladie sur les médecins libéraux. Il s'agit d'une contradiction de fond qui pose un problème de légitimité des mesures pouvant être prises par l'assurance maladie à l'encontre des médecins libéraux.

- La contradiction des dispositions du Code de la sécurité sociale et de la convention et l'article 8 du Code de déontologie médicale, qui sous réserve des limites fixées par la loi, affirme le principe selon lequel *le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins (...)*. Ainsi, le Code de déontologie médicale fait du médecin le seul régulateur de l'exercice de sa profession, alors que le Code de la sécurité sociale et certaines dispositions de la Convention nationale confèrent cette prérogative aux Caisses d'assurance maladie (voir ci-dessus).

Les principales observations seront faites à l'égard des sections des assurances sociales des conseils régionaux et nationaux, dans la mesure où leur légitimité et légalité apparaissent contestables.

➤ ***Sur leur légitimité :***

Les sections apprécient la responsabilité du professionnel de santé en cas de faute, abus, fraude ou fait intéressant l'exercice de la profession ; or cette compétence semble devoir relever plutôt des juridictions de l'ordre judiciaire ou administratif que de juridictions particulières telles que les sections. En effet, autant il est concevable que les représentants de l'assurance sociale aient la possibilité d'apprécier le comportement des médecins libéraux lorsque ces derniers n'ont pas respecté les dispositions de la convention nationale ayant fait l'objet d'un accord réciproque, autant il est difficilement acceptable qu'ils aient la possibilité d'apprécier le comportement du médecin dans l'exercice de sa profession. Or, l'article L 145-1 CSS dispose « *toute faute, abus, fraude, ou fait intéressant l'exercice de la profession* », il s'agit donc de fait relevant de l'exercice de la profession plutôt que de fait ayant trait à l'assurance maladie, à ce titre, il serait plus pertinent d'affirmer qu'il s'agit d'une question relevant de la responsabilité professionnelle du médecin plutôt que de contentieux technique. Disparaît alors la raison d'être des sections d'assurance sociale qui ne disposent d'aucune légitimité particulière leur permettant d'apprécier la responsabilité professionnelle d'un médecin libéral, celle-ci devant relever de la compétence exclusive des juridictions en tant que telles, c'est-à-dire juridictions de l'ordre administratif ou judiciaire. Certes, il peut être avancé en contradiction de cet argument que le critère ayant été retenu par le législateur pour attribuer cette compétence aux sections est la qualité d'assuré social de la victime, mais affirmer cela, c'est oublier que cet assuré social est avant tout un patient contractant avec son médecin afin de bénéficier de ses connaissances médicales. Partant, l'assurance maladie n'a

²⁶ Art. 3.2 / 4.2.1 in fine/ 4.2.3.4/ 4.2.4/ 4.3/4.4



pas à s'immiscer dans cette relation contractuelle. C'est pourquoi l'existence même des sections est contestable.

➤ **Sur leur légalité :**

Une analyse juridique de la procédure conduite devant les sections d'assurance sociale régionale ou nationale permet de conclure que certaines des garanties fondamentales de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme ne sont pas respectées. L'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose notamment :

1- Toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle (...)

2- Toute personne accusée d'une infraction est présumée innocente jusqu'à ce que sa culpabilité ait été légalement établie.

3- Tout accusé a droit notamment à :

(...)

b- disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense;

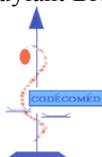
(...)

Les sections sont des juridictions établies par la loi (art. L 145-1) en tant que telles elles répondent à la qualité de tribunal²⁷.

Les sections sont indépendantes et impartiales²⁸. L'édifice érigé par les lois du 4 février 1995 et du 4 mars 2002 est objectivement conforme aux principes fondamentaux applicables en France. Ainsi, l'échevinage, par la présidence accordée à un membre du corps des tribunaux administratifs ou des cours administratives d'appel ou même du Conseil d'Etat permet d'assurer la neutralité des débats et leur objectivité. Par ailleurs, le paritarisme, par la présence d'assesseurs représentant chacune des parties intéressées (assurance maladie et médecins libéraux) assure l'impartialité des délibérés. L'absence de contrainte, pression ou influence de l'extérieur et le fait que les membres composant les sections ne soient pas soumis à des ordres ou à des instructions permettent de mettre les juges en état de prendre leurs décisions en

²⁷ Sur la notion : voir A quel moment le contradictoire ? Une application de la convention européenne des droits de l'homme. Jean-Pierre LE GALL, Professeur à l'Université Panthéon-Assas (Paris II) Avocat à la Cour d'appel de Paris in Les nouveaux développements du procès équitable au sens de la convention européenne des droits de l'homme. Actes du colloque du 22 mars 1996 en la Grande Chambre de la Cour de cassation. Bruylant Bruxelles 1996, p.56. Voir également, L'article 6 de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Droit à un procès équitable. Dossiers sur les droits de l'homme n°13. Conseil de l'Europe 1994 Par Andrew GROTRIAN, p.29

²⁸ Pour une étude approfondie de ces notions d'impartialité et d'indépendance Voir : La notion de « Tribunal » au sens de la Convention européenne des droits de l'homme par Franz MATSCHER. Juge à la Cour européenne des droits de l'homme in Les nouveaux développements du procès équitable au sens de la convention européenne des droits de l'homme. Actes du colloque du 22 mars 1996 en la Grande Chambre de la Cour de cassation. Bruylant Bruxelles 1996, p.35 et s.



conscience et assurer ainsi l'indépendance du tribunal et de ses membres. Ce point de vue est confirmé par le Conseil d'Etat²⁹.

Les sections connaissent des contestations sur les droits et obligations à caractère civil au sens de l'article 6 de la Convention européenne ainsi que l'a affirmé la Cour européenne des droits de l'homme dans des arrêts désormais devenus de référence. Ainsi, selon une jurisprudence européenne bien établie, les interdictions d'exercice, de degrés divers, prononcées contre des membres de professions libérales participent de la « matière civile » au sens de l'article 6 (**Arrêt König du 28 juin 1978**, Série A, n°27, p.29-32, §86-96 (décisions administratives retirant le droit d'exercer la médecine et d'exploiter une clinique), **Arrêt Le Compte, Van Leuven et De Meyere du 23 juin 1981** série A, n°43, p.19-23 §41-53, **Arrêt Albert Le Compte du 10 février 1983**, série A, n°58, p.14-16 §25-30 (procédure disciplinaire aboutissant à la suspension ou au retrait du droit d'exercer la médecine) et **Arrêt Diennet 26 septembre 1995**, Série A, n°325 A³⁰).

Devant les sections, l'instance est publique.

La durée de la procédure répond au critère « raisonnable ».

En revanche, peut être contesté le caractère équitable du procès devant les sections des assurances sociales du conseil régional et national.

D'une manière générale, la notion de procès équitable exige le respect du principe de « l'égalité des armes » c'est-à-dire de l'égalité entre les parties sur le plan de la procédure. Plus exactement, selon ce principe : les parties doivent pouvoir se combattre à armes égales et chacune d'entre elle doit se voir offrir une possibilité raisonnable de présenter sa cause dans des conditions qui ne la placent pas dans une situation de désavantage par rapport à son adversaire³¹. Dans ce contexte, la Cour européenne des droits de l'homme attribue une importance aux apparences autant qu'à la sensibilité accrue aux garanties d'une bonne justice³². Cette exigence vaut aussi bien au civil qu'au pénal³³.

Une analyse de la procédure donnant lieu à la saisine des sections d'assurance sociale permet de conclure que le principe de l'égalité des armes n'est pas garanti aux médecins libéraux.

En pratique, l'initiative du procès devant la section d'assurance sociale du conseil régional appartient, dans la majorité des hypothèses connues, à la Caisse d'assurance maladie. Dès lors que celle-ci a un doute sur le comportement professionnel d'un médecin au regard de l'article L 145-1 CSS, elle mandate un médecin contrôleur qui a pour mission unique d'instruire le dossier et de conclure à l'existence d'un manquement ou non du médecin, autrement dit à la

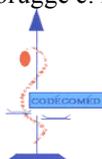
²⁹ CE statuant au contentieux, arrêt du 14 janvier 1998, n° 184735, publié aux Tables du Recueil Lebon. Voir annexe.

³⁰ Relative à un contentieux disciplinaire médical. La décision de condamnation du Conseil de l'Ordre ayant été annulée par le Conseil d'Etat pour vice de forme, le requérant avait été rejugé mais dans une formation assez proche de la précédente : sur les 7 membres de la juridiction disciplinaire, 3 avaient participé à la 1^{er} formation. A l'instar de la Commission, la Cour a jugé que « les appréhensions de l'intéressé ne pouvaient passer pour objectivement justifiées (§38)

³¹ Arrêt *Dombo Beheer B.V. c. Pays-Bas* du 27 octobre 1993, série A n° 274, p. 19, par. 33,

³² Voir, *mutatis mutandis*, l'arrêt *Borgers c. Belgique* du 30 octobre 1991, série A n° 214-B, p. 31, par. 24

³³ Arrêt *Feldbrugge c. Pays-Bas* du 26 mai 1986, série A n° 99, p. 17, par. 44



réalisation des conditions d'application de l'article L 145-1. Pour fonder les conclusions de son instruction, le médecin contrôleur puise ses informations sur des fichiers informatisés sans laisser la possibilité au médecin désigné par la procédure de les contester. Ce constat ne serait pas condamnable si la Caisse n'utilisait pas cette « instruction » faite par le médecin contrôleur comme mémoire d'accusation devant la Section et si le médecin disposait d'autant de temps pour préparer sa défense. Or ce n'est pas le cas, en pratique et conformément aux articles R 145-17 et R 145-19 CSS, la partie à l'initiative de la saisine dépose son mémoire au secrétariat de la section, la partie adverse doit alors produire son mémoire ou observations dans le délai de quelques mois fixé par le président de la formation de jugement. Un délai à l'évidence insuffisant à celui que s'est accordée la partie initiatrice du procès qui a disposé d'un temps qu'elle a jugé nécessaire et suffisant pour mener son instruction.

Ainsi, l'impossibilité pour le médecin de contredire dans l'immédiat les actes retenus pour fonder les accusations ainsi que l'impossibilité réelle et matérielle de préparer sa défense contrevient non seulement au principe de l'égalité des armes, mais aussi à l'exigence de l'article 6-3 de la Convention européenne des droits de l'homme selon laquelle « *tout accusé a droit à disposer du temps et des facilités nécessaires à la préparation de sa défense* ».

Pour déterminer ce qui constitue le « temps nécessaire », il faut prendre en considération l'ensemble des circonstances de l'espèce, y compris la nature et la complexité de l'affaire ainsi que le stade de la procédure, donc cette notion est variable. En l'espèce, plus d'une centaine d'actes peuvent être reprochés au médecin, celui-ci devant alors pour chacun d'eux exposer ses observations, à ce titre et en toute évidence, un temps suffisamment conséquent à la préparation de la défense doit être accordé.

Le médecin contrôleur, salarié de la partie initiant la procédure, spécialisé dans le domaine du contrôle, largement documenté par la CNAM, prend le temps qui lui paraît utile à l'élaboration de son dossier, parfois plusieurs mois, alors que le médecin libéral, dont le temps de travail professionnel est très conséquent, devra prendre sur un temps de repos les heures nécessaires à l'étude factuelle et légale des accusations. Le déséquilibre entre les parties est patent.

Ces manquements aux exigences de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme s'expliquent par l'absence d'une instruction, c'est-à-dire d'une recherche préalable de la réalité des faits, à charge et à décharge. Ce constat nous amène à formuler des propositions de recours et de réformes.

Les propositions :



Le recours devant la Cour européenne des droits de l'homme :

Il peut être envisagé un recours devant la Cour européenne des droits de l'homme sur la base de la violation de l'article 6-1 (égalité des armes) et 6-3 (temps et facilités nécessaires à la préparation de la défense).

➤ *Saisine de la Cour :*

Par requête individuelle initiée soit par un médecin (personne physique) soit par un syndicat (personne morale).

➤ *Conditions de recevabilité de la requête individuelle :*

- Exigence de l'épuisement des voies de recours internes : il faut que les recours aient été intentés utilement sur la base des mêmes griefs jusqu'au dernier recours interne, soit la Section des assurances sociales du Conseil régional, la Section des assurances sociales du Conseil national en appel et le Conseil d'Etat.
- Exigence d'un délai de 6 mois à compter de la décision interne définitive.
- L'individu (personne physique, morale) doit avoir subi une violation de ses droits et conserver un intérêt actuel à agir.

➤ *Examen de la requête :*

Le juge rapporteur, désigné par le Président de section décide si la requête doit être examinée par un comité ou par une chambre. Le Comité peut déclarer la requête irrecevable ou la rayer du rôle à l'unanimité. Après examen par la Chambre, la Cour peut :

- radier l'affaire (après désistement)
- déclarer la requête irrecevable



→ déclarer la requête recevable : dans ce cas, elle peut faciliter un règlement amiable entre les parties.

A l'issue d'une procédure contradictoire, la Cour se prononce sur la violation ou non de la Convention par un jugement « au principal » qui a un caractère déclaratoire. Ses arrêts ont l'autorité relative de la chose jugée, mais c'est à l'Etat de prendre les mesures qui s'imposent pour leur exécution, cependant le Comité des ministres peut exercer un contrôle et une pression sur les Etats à cette fin. La Cour peut également accorder au requérant une satisfaction équitable (indemnité) lorsque le droit interne ne permet pas d'effacer les effets de la violation, généralement une réparation pécuniaire.

La réforme :

L'inégalité des armes dont souffre le procès opposant les médecins libéraux aux représentants des assurances sociales puise sa source dans le fait que les Caisses d'assurances maladies, à l'initiative de l'enquête menée contre le médecin, en ont la maîtrise exclusive.

Le médecin ne bénéficie pas des mêmes prérogatives de temps ; il ne dispose effectivement ni de temps ni de connaissances suffisants pour préparer sa défense.

Il n'a pas les mêmes facilités ; le médecin contrôleur de la Caisse se fonde sur des fichiers informatisés pour établir son accusation, alors que le médecin doit reprendre le cas particulier de chaque patient pour lequel l'acte de soin réalisé est contesté par la Caisse, ce qui suppose un travail conséquent et quasiment incompatible avec les horaires professionnels.

Les services de contrôle des caisses bénéficient de données juridiques et jurisprudentielles.

Cette enquête préliminaire est bien sûr indispensable, mais il est nécessaire qu'elle soit juridiquement mieux encadrée.

Le Décret no 2007-146 du 1er février 2007,³⁴ s'il a amélioré quelque peu cette procédure d'enquête préliminaire, mais n'a cependant pas procédé aux réformes de fond nécessaires.

➤ *Mise en place d'une enquête préliminaire au procès,
menée par un tiers indépendant.*

Lorsqu'une personne ou un organisme émet un doute sur la qualité de l'activité d'un médecin, au sens de l'article L 145-1 CSS, il/elle devra saisir le **Conseil départemental de l'Ordre des médecins** (seul l'Ordre des médecins est habilité à apprécier la responsabilité

³⁴ voir annexe



professionnelle d'un membre de la profession), afin qu'il désigne un médecin expert, membre de la profession.

Ce dernier sera indépendant et impartial. Il devra diriger une enquête à charge et à décharge.

L'enquête respectera strictement le principe du débat contradictoire.

Les Caisses d'assurance maladie et le médecin devront se tenir à son entière disposition pour répondre à ses questions et lui fournir tout document nécessaire à la réalisation de sa mission.

Cette mission devra être menée sous le contrôle formel du Conseil départemental de l'Ordre.

L'expert est rémunéré par le Conseil départemental sur des fonds tirés des Caisses d'assurance maladie.

A la fin de la mission, le médecin expert rend ses conclusions dans lesquelles il émet un avis relatif à chacun des reproches formulés.

Ce rapport sera transmis au Conseil départemental de l'Ordre des médecins qui devra saisir obligatoirement la Section des assurances sociales du conseil régional.

Les conditions formelles comme de fond du procès sont et demeurent celles des actuels articles R 145-4 et R 145-15 et s. CSS, à ceci près que la Section devra fonder sa décision sur le rapport émis par le médecin expert lors de l'enquête préliminaire.

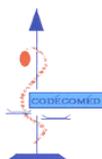
Ce rapport établi par le médecin expert sera alors la garantie d'une instruction menée par une personne indépendante des parties au procès et impartiale, mais surtout, il s'agira d'une instruction menée à charge et à décharge en collaboration avec les parties. Ce second aspect permet de rétablir non seulement le principe de l'égalité des armes édicté par l'article 6-1 mais aussi celui du temps et facilités nécessaires à la préparation de la défense prévus à l'article 6-3 de la Convention européenne des droits de l'homme.

QUELQUES ELEMENTS DE DEFENSE INDIVIDUELLE DES MEDECINS LIBERAUX

Il faut alerter le médecin qui fait l'objet des ces poursuites disciplinaires sur les dangers de cette procédure.

Il est extrêmement difficile de résister aux accusations de la Caisse et les sanctions sont particulièrement lourdes, la suspension à temps de l'activité professionnelle étant la décision la plus souvent prononcée.

A- ENQUETE PRELIMINAIRE



Il est malheureusement trop fréquent que les relations le médecin contrôleur et le médecin en cause soient vite tendues, et soient chargées de trop de subjectivité.

1- Dès que la Caisse informe le médecin qu'il fait l'objet d'un contrôle, il convient de saisir immédiatement un avocat spécialisé et contacter son éventuel assureur protection juridique.

A ce propos, l'évolution des professions médicales rend extrêmement opportune l'assurance protection juridique professionnelle.

2- Il n'est pas une question du contrôleur qui puisse être prise à la légère. Une réponse ponctuelle à chacune des interrogations est indispensable.

Il est évidemment souhaitable de tenter de trouver un accord permettant d'éviter les poursuites.

3- il est nécessaire de répondre à la convocation du médecin contrôleur.

Le médecin se fera assister au minimum d'un de ses confrères qui pourra servir de témoin et si possible d'un avocat.

Un compte rendu sera immédiatement rédigé à la fin de l'entretien par le « témoin ».

B- LA PROCEDURE DEVANT LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

L'objet du contentieux relève essentiellement de la science médicale et de la pratique professionnelle ; or, le président de la Section des assurances sociales est un magistrat de l'ordre administratif sans aucune formation ou connaissances particulières en matière médicale.

1- le mémoire devra si possible contester chacun des reproches, tant en fait qu'en droit.

2- S'il s'agit d'accusations relatives aux bonnes pratiques médicales, il est nécessaire de confirmer la démonstration par des écrits de médecins faisant référence dans la spécialité en cause, pour contrecarrer les affirmations parfois erronées contenues dans les mémoires de la caisse.

3- L'audience est publique : il est extrêmement opportun qu'un public de médecin soit présent à l'audience, pour permettre à la fois de manifester le soutien de la profession au confrère en cause, et éviter que des inexactitudes techniques et scientifiques soient proférées dans le cadre du débat.

C- PROCEDURE D'APPEL

L'appel est toujours possible.

La juridiction d'appel a plutôt tendance à réformer à la baisse les sanctions disciplinaires.



ANNEXES

➤ *Code de la sécurité sociale*

→ Article L 145-1

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 13 I Journal Officiel du 5 février 1995) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 1°, art. 74 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

→ Article L 145-2

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 13 II Journal Officiel du 5 février 1995) (Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 15 I Journal Officiel du 25 avril 1996) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 2°, art. 74 II Journal Officiel du 5 mars 2002).

Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

- 1°) l'avertissement ;
- 2°) le blâme, avec ou sans publication ;
- 3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;
- 4°) 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 ;

Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.

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 la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.



Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

→ Article L 145-2-1

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 15 II Journal Officiel du 25 avril 1996) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 3°, art. 74 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

Les sanctions prévues au 1° et au 2° de l'article L. 145-2 entraînent la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou interrégional ou du Conseil national de l'ordre pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3° du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4° de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

La décision de sursis est sans effet sur les incapacités prévues à l'alinéa qui précède.

Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance qui a prononcé la sanction.

Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années.

→ Article L 145-3

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 13 II Journal Officiel du 5 février 1995) (Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 15 III Journal Officiel du 25 avril 1996) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 3°, art. 74 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

Tout praticien qui contrevient aux décisions de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section disciplinaire du conseil national ou de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées.

→ Article L 145-5

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 13 IV Journal Officiel du 5 février 1995) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 74 II Journal Officiel du 5 mars 2002)



Les décisions rendues par les sections des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou conseil national de l'ordre des sages-femmes et du conseil national de l'ordre des pharmaciens ne sont susceptibles de recours que devant le Conseil d'Etat, par la voie du recours en cassation.

→ Article L145-6

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 13 V Journal Officiel du 5 février 1995) (Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 15 IV Journal Officiel du 25 avril 1996) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 3°, art. 74 III Journal Officiel du 5 mars 2002) (Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 art. 6 2° Journal Officiel du 27 août 2005)

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel en activité nommé par le vice-président du Conseil d'Etat au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort duquel se trouve le siège du conseil régional ou interrégional. Le cas échéant, plusieurs présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.

Elle comprend un nombre égal d'assesseurs, membres, selon le cas, de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou de l'ordre des sages-femmes, et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien-conseil, nommés par l'autorité compétente de l'Etat. Les assesseurs membres de l'ordre sont désignés par le conseil régional ou interrégional de l'ordre en son sein.

→ Article L145-7

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 13 V Journal Officiel du 5 février 1995) (Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 15 V Journal Officiel du 25 avril 1996) (Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 42 Journal Officiel du 18 janvier 2002) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 74 III Journal Officiel du 5 mars 2002)

La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat, nommé en même temps qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

(...)

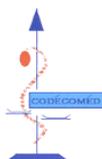
Les assesseurs membres de l'ordre des médecins sont désignés par le conseil national parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

(...)

→ Article L145-8

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 1°, art. 74 IV Journal Officiel du 5 mars 2002)

La procédure devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et devant la section des assurances sociales du conseil national de discipline est contradictoire.



→ Article L145-9

(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 15 VI Journal Officiel du 25 avril 1996) (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 3°, art. 74 IV Journal Officiel du 5 mars 2002)

Le président de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête et rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance.

→ Article R145-4

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 2 Journal Officiel du 3 mai 1988) (Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 1 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

La section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des médecins comprend, outre son président, quatre assesseurs nommés par le préfet de région.

Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins. Ils sont nommés sur la proposition du conseil régional de l'ordre et choisis en son sein.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés :

1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans la région ;
2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux compétents dans la région, respectivement, du régime de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les médecins-conseils titulaires chargés du contrôle médical dans ces régimes. A défaut d'accord entre ces responsables et après mise en demeure demeurée infructueuse, le préfet de région procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil régional du régime général de sécurité sociale.

→ Article R145-7

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 5 Journal Officiel du 3 mai 1988) (Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 1 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

I. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins comprend, outre son président, quatre assesseurs.

Deux assesseurs représentent l'ordre des médecins. Ils sont nommés par le conseil national de l'ordre parmi les membres ou anciens membres des conseils de l'ordre.

Deux assesseurs représentent les organismes d'assurance maladie. Ils sont nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale :



1° Le premier, sur proposition du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux ;
2° Le second, sur proposition conjointe des responsables des services médicaux des régimes de protection sociale agricole et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles, parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux chargés du contrôle médical. A défaut d'accord, après mise en demeure demeurée infructueuse, le ministre chargé de la sécurité sociale procède, à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de celle-ci, à la désignation d'office du second représentant des organismes d'assurance maladie parmi les médecins-conseils chefs de service ou régionaux titulaires d'un des trois régimes mentionnés aux 1° et 2° du présent alinéa, après avis du médecin-conseil national du régime général de sécurité sociale.
(...)

→ Article R145-8

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 6 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 91-887 du 4 septembre 1991 art. 3 Journal Officiel du 10 septembre 1991)

Les dispositions sur le contentieux du contrôle technique des médecins, prévues aux articles L. 145-1 à L. 145-3, L. 145-6 à L. 145-8, R. 145-15 à R. 145-27, sont applicables en cas de fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des auxiliaires médicaux à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux.
(...)

A la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, l'un des assesseurs médecins est remplacé par un auxiliaire médical de la même catégorie proposé par les groupements syndicaux d'auxiliaires médicaux les plus représentatifs de cette catégorie sur le plan national et nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale.

→ Article R145-9

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 7 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 2 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

Pour chaque assesseur titulaire représentant les différentes catégories professionnelles de praticiens et de sages-femmes et les organismes d'assurance maladie, cinq assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires. Pour chaque assesseur titulaire représentant les différentes catégories professionnelles d'auxiliaires médicaux, deux assesseurs suppléants sont nommés dans les mêmes conditions que les assesseurs titulaires.

Dans les sections des assurances sociales des conseils régionaux de l'ordre des médecins qui ont à connaître un nombre important de requêtes, le nombre d'assesseurs suppléants peut être augmenté jusqu'à neuf. La liste des conseils régionaux concernés et le nombre d'assesseurs suppléants prévu pour chacun d'eux sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.



→ Article R145-14

Les sections régionales et nationales des assurances sociales des conseils des ordres doivent siéger au complet.

→ Article R145-15

(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 4 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

La procédure devant les sections des assurances sociales est écrite, sans préjudice, devant la section du conseil régional ou interrégional, de la comparution des intéressés, qui peuvent se faire assister ou représenter dans les conditions prévues à l'article R. 145-20.

→ Article R145-16

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 11 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 4 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

La procédure suivie devant les conseils régionaux ou interrégionaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des pharmaciens et des sages-femmes ou devant les conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens est également applicable devant les sections des assurances sociales de ces conseils sous les réserves ci-après.

→ Article R145-17

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 12 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 4 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

Les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et les sections des assurances sociales des conseils régionaux et des conseils centraux de la section D et la section G de l'ordre des pharmaciens sont saisies, dans les cas prévus à l'article L. 145-1 et aux articles R. 145-1 et R. 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat du conseil régional, interrégional ou du conseil central intéressé dans le délai de trois ans à compter de la date des faits.

Sauf en ce qui concerne les pharmaciens inscrits à la section D et à la section G de l'ordre des pharmaciens, la section des assurances sociales compétente est celle du conseil régional ou interrégional dans le ressort duquel le praticien, la sage-femme, l'auxiliaire médical ou le pharmacien exerce sa profession à la date de la saisine de la section.

→ Article R145-18

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 15 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 4 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)



Les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes et les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens peuvent être saisies soit par les organismes d'assurance maladie, les caisses de mutualité sociale agricole ou les autres organismes assureurs, soit par les syndicats de praticiens, de sages-femmes, de pharmaciens ou d'auxiliaires médicaux, soit par les conseils départementaux des ordres intéressés.

Ces sections peuvent également être saisies par les directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et par les chefs de services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles ou leurs représentants.

Elles peuvent être également saisies :

1° En ce qui concerne le régime général, 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 caisse primaire d'assurance maladie ;

2° En ce qui concerne le régime agricole, par le médecin-conseil national, et les médecins-conseils chefs de service des échelons départementaux ou pluri départementaux du contrôle médical ;

3° En ce qui concerne les autres régimes, par les médecins-conseils responsables du service du contrôle médical d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale.

→ Article R145-19

(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 4 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

Les plaintes et les mémoires produits sont déposés au secrétariat de la section des assurances sociales du conseil compétent et doivent être accompagnés de copies certifiées conformes par le demandeur en nombre égal à celui des autres parties en cause, augmenté de deux.

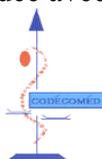
Lorsque le nombre des copies n'est pas égal à celui des parties, le demandeur en est averti par le secrétariat qui lui fait connaître, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, que, si les productions complémentaires ne sont pas produites dans le délai de quinze jours à compter de la date de réception de cet avertissement, la plainte sera rejetée comme irrecevable.

En cas de nécessité, le président de la formation de jugement pourra exiger des parties intéressées la production des copies supplémentaires, sous la sanction prévue à l'alinéa précédent.

Lorsque les parties joignent des pièces à l'appui de leurs plaintes ou de leurs mémoires, ces pièces sont accompagnées de copies qu'elles certifient conformes, en nombre égal à celui des autres parties augmenté de deux. Toutefois, lorsque le nombre, le volume ou les caractéristiques des pièces font obstacle à la production de copies, les autres parties ou leurs mandataires en prennent connaissance au secrétariat et peuvent en prendre copie à leurs frais. Les plaintes sont inscrites, à leur arrivée, sur le registre d'ordre qui est tenu par le secrétaire. Elles sont en outre marquées, ainsi que les pièces qui y sont jointes, d'un timbre indiquant la date de leur arrivée.

Les copies des plaintes et des mémoires produits sont communiquées, ainsi que les pièces jointes, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa du présent article, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, aux parties intéressées. Celles-ci sont

36



invitées, s'il y a lieu, à produire mémoire ou observations en défense dans le délai fixé par le président de la formation de jugement.

→ Article R145-20

(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 5 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

Les requérants sont admis en qualité de parties intéressées à se faire représenter aux débats ; les organismes soit par un de leurs administrateurs ou par leur représentant légal, soit par un avocat, soit, selon le cas, par un médecin conseil, un chirurgien-dentiste conseil ou un pharmacien conseil du régime intéressé, les syndicats soit par leur représentant légal, soit par un avocat, soit par un membre de la profession muni d'un mandat régulier. Les praticiens, sages-femmes, pharmaciens ou auxiliaires médicaux intéressés peuvent se faire assister ou représenter soit par un membre de leur profession inscrit au tableau ou dont le diplôme est régulièrement enregistré, soit par un avocat inscrit au barreau.

→ Article R145-21

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 15 Journal Officiel du 3 mai 1988) (Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 6 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

L'appel contre les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes et l'appel contre les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens sont formés, suivant le cas, devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, du Conseil national de l'ordre des sages-femmes ou du Conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Sous réserve des dispositions des sections 2, 3 et 4 du présent chapitre, la procédure respectivement suivie devant les sections disciplinaires des conseils nationaux est également applicable devant la section des assurances sociales de chacun de ces conseils.

Peuvent faire appel, outre les parties intéressées, 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 agricoles, le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture.

L'appel doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de la décision attaquée. L'opposition est recevable dans les conditions prévues à l'article L. 426 du code de la santé publique.

→ Article R145-22

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 15 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 7 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

Le ministre chargé de la sécurité sociale et le ministre chargé de l'agriculture peuvent, dans l'intérêt de la loi, faire appel, sans condition de délai, des décisions rendues par les sections

37



des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes ou par les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens.

→ Article R145-23

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 13 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 8 Journal Officiel du 8 décembre 1996)

Si la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou de l'ordre des sages-femmes ou si la section des assurances sociales du conseil régional ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens ne s'est pas prononcée dans un délai d'un an à compter de la réception de la plainte, la section des assurances sociales du conseil national compétent peut, à l'expiration de ce délai, être saisie par les requérants. La juridiction de première instance est alors dessaisie à la date d'enregistrement de la requête au conseil national.

Le point de départ du délai d'un an ainsi prévu est reporté, le cas échéant, à la date de réception de la confirmation de la plainte lorsque celle-ci a d'abord été formée à titre conservatoire, dans l'attente des propositions de la commission prévue à l'article L. 162-35.

→ Article R145-24

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 14, art. 15 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 9 Journal Officiel du 8 décembre 1996 en vigueur le 1er mars 1997)

Dans la quinzaine de leur prononcé, les décisions des sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes, de l'ordre des sages-femmes et de l'ordre des pharmaciens ou des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens sont notifiées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au praticien, à la sage-femme, au pharmacien ou à l'auxiliaire médical, au syndicat requérant, à l'organisme d'assurance maladie, à la caisse de mutualité sociale agricole, à l'organisme assureur et au praticien conseil requérants, au directeur régional des affaires sanitaires et sociales, au chef de service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, au ministre chargé de la sécurité sociale, au ministre chargé de l'agriculture et au conseil national de l'ordre intéressé.

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

Font l'objet des mêmes notifications les décisions des sections des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes, du conseil national de l'ordre des sages-femmes et du conseil national de l'ordre des pharmaciens.

Les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux, interrégionaux et nationaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de



l'ordre des sages-femmes sont également notifiées de la même manière au conseil départemental ou interrégional dont relève le praticien ou la sage-femme poursuivis. Les décisions rendues par les sections des assurances sociales des conseils régionaux de l'ordre des pharmaciens ou des conseils centraux de la section D et de la section G de cet ordre en première instance ainsi que celles de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des pharmaciens en appel sont notifiées dans les mêmes conditions au conseil régional ou au conseil central dont relève le pharmacien poursuivi.

Lorsque le médecin mis en cause est ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne autres que la France, la décision de la section des assurances sociales du conseil régional et, le cas échéant, national de l'ordre des médecins est, en outre, notifiée à l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine et à celle de l'Etat membre de provenance. Lorsqu'il s'agit d'un médecin français ou ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne qui, au jour de la notification, s'est établi ou a demandé son établissement dans un des Etats membres de cette Communauté, la décision est, en outre, notifiée à l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil.

→ Article R145-25

Lorsque l'assuré social auquel un praticien a dispensé des soins alors qu'il est privé du droit de le faire est un assuré social agricole salarié ou non-salarié, le remboursement auquel est tenu le praticien en application de l'article L. 145-3 doit être effectué à la caisse de mutualité sociale agricole ou à l'organisme assureur intéressé. Lorsqu'il s'agit d'un ressortissant du régime d'assurance maladie et maternité prévu au titre Ier du livre VI, le remboursement doit être effectué à l'organisme assureur qui a servi les prestations.

→ Article R145-26

Lorsque les décisions des sections des assurances sociales doivent faire l'objet d'une publication dans les cas prévus au dernier alinéa de l'article L. 145-2 et au dernier alinéa de l'article R. 145-2, celle-ci est effectuée par les soins des caisses d'assurance maladie des travailleurs salariés, des caisses de mutualité sociale agricole ou des organismes assureurs intéressés.

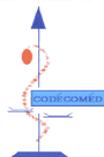
Dans les cas prévus au 2° du premier alinéa de l'article L. 145-2 et au 2° de l'article R. 145-2, les conditions dans lesquelles a lieu, le cas échéant, la publication sont déterminées par la juridiction. A défaut, les dispositions du précédent alinéa sont applicables.

→ Article R145-27

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 15 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Loi n° 92-1336 du 16 décembre 1992 art. 333 Journal Officiel du 23 décembre 1992 en vigueur le 1er septembre 1993)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 10 Journal Officiel du 8 décembre 1996)

Les membres des sections des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes, des conseils régionaux et des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens ainsi que les membres des sections des assurances sociales des conseils

39



nationaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes, de l'ordre des sages-femmes et de l'ordre des pharmaciens sont astreints au secret professionnel dans les conditions prévues à l'article 226-13 du code pénal.

→ Article R145-28

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 15 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 10 Journal Officiel du 8 décembre 1996)

Il appartient aux sections des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux de l'ordre des médecins, de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes et aux sections des assurances sociales des conseils régionaux et des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens ainsi qu'à la section des assurances sociales du conseil national de chacun de ces ordres de fixer la répartition des frais entre les parties.

→ Article R145-29

(Décret n° 88-484 du 27 avril 1988 art. 15 Journal Officiel du 3 mai 1988)(Décret n° 96-1053 du 6 décembre 1996 art. 11 Journal Officiel du 8 décembre 1996)

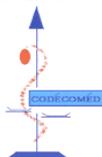
Un décret fixe, dans les conditions prévues par l'article 4 du décret n° 48-1108 du 4 juillet 1948, le montant des indemnités et frais alloués aux présidents des sections des assurances sociales des conseils régionaux et interrégionaux des ordres des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des pharmaciens et des conseils centraux de la section D et de la section G de l'ordre des pharmaciens.

→ Article L 162-5

(Loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 art. 17 Journal Officiel du 25 janvier 1990)(Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 art. 2 Journal Officiel du 5 janvier 1993)(Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 77 II Journal Officiel du 19 janvier 1994)(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 17 III, IV Journal Officiel du 25 avril 1996)(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 22 art. 24 III Journal Officiel du 27 décembre 1998 en vigueur le 10 juillet 1998)(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 56 I Journal Officiel du 28 juillet 1999)(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 60 Journal Officiel du 5 mars 2002)(Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 33, art. 40 II Journal Officiel du 24 décembre 2002)(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 8 I, art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004)

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes et une organisation syndicale représentative pour l'ensemble du territoire de médecins spécialistes. La ou les conventions nationales peuvent faire l'objet de clauses locales particulières, sous forme d'accords complémentaires entre les caisses primaires d'assurance maladie et les

40



organisations syndicales de médecins les plus représentatives de leur ressort. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions et modalités d'approbation de ces accords.

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;

2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;

3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en œuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

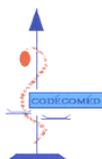
9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;

12° Le cas échéant :

a) Les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient, et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, y afférents ;

b) Les conditions particulières d'exercice permettant la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins et les modes de rémunération des médecins participant à ces réseaux ;



c) Les droits et obligations respectifs des médecins, des patients et des caisses, ainsi que des modalités d'évaluation associées aux formes d'exercice et modes de rémunération mentionnés aux a et b ci-dessus ;

13° Le cas échéant, les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des médecins, et notamment de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire, prévus par des contrats passés entre les médecins concernés et les organismes d'assurance maladie et définissant les obligations relatives aux conditions d'exercice qui en résultent pour les intéressés.

Pour la mise en œuvre des 12° et 13°, il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1 ;

14° Les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle, le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant son financement, les conditions d'indemnisation des médecins participant à des actions de formation professionnelle conventionnelle agréées ainsi que la dotation allouée à ce titre par les caisses nationales d'assurance maladie signataires. La gestion des sommes affectées à ces opérations est confiée à l'organisme gestionnaire conventionnel mentionné à l'article L. 162-5-12 ;

15° Les mesures et procédures applicables aux médecins dont les pratiques abusives sont contraires aux objectifs de bonnes pratiques et de bon usage des soins fixés par la convention ;

16° Les modes de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autres que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins en application des dispositions prévues à l'article L. 6325-1 du code de la santé publique ;

17° Les missions particulières des médecins traitants mentionnés à l'article L. 162-5-3 et les modalités de l'organisation de la coordination des soins ;

18° Les modalités selon lesquelles les médecins relevant de certaines spécialités sont autorisés à pratiquer, dans certaines limites respectant les dispositions de l'article L. 162-2-1, des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations pour les patients qui les consultent sans prescription préalable de leur médecin traitant et qui ne relèvent pas d'un protocole de soins, et les engagements des professionnels pour assurer l'égalité de traitement des patients au regard des délais d'accès au médecin.

→ Article L162-5-1

(Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 art. 81 I Journal Officiel du 19 janvier 1994)(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 17 III Journal Officiel du 25 avril 1996)

En l'absence de convention, les dispositions prises en application du 9e de l'article L. 162-5 continuent à s'appliquer à l'égard des unions de médecins.

➤ ***Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie***



Article 1.2.3.1

Afin de favoriser l'accès aux soins et de prendre en compte, dans le cadre du parcours de soins coordonnés, leur engagement dans la coordination des soins réalisés à tarifs maîtrisés, cette option de coordination est proposée aux médecins généralistes et spécialistes qui sont autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires d'un droit permanent.

Article 1.2.3.4

(...)

Si la Caisse constate le non-respect de ses engagements par le praticien adhérent, elle l'informe par lettre recommandée avec accusé de réception des faits qui lui sont reprochés. Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations. A l'issue de ce délai, la Caisse peut notifier au praticien la fin de son adhésion à l'option par lettre recommandée avec accusé de réception. La Caisse stoppe immédiatement le versement de sa participation aux cotisations sociales et peut récupérer auprès du médecin les acomptes versés au titre de l'année en cours. Le cas échéant, la Caisse pourra également procéder à une action en récupération des sommes indûment versées.

(...)

Article 5.4.1

Les médecins dont les pratiques ne respectent pas les dispositions de la présente convention pourront faire l'objet de procédures contentieuses, selon les modalités prévues par la loi, conduites par le service du contrôle médical. (...)

Article 5.4.3

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 avis de réception.

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.

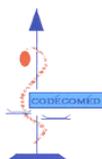
Le praticien dispose des voies de recours de droit commun

→ Décret n2007-146 du 1^{er} février 2007 pris pour l'application de l'article L. 315-1

Sont insérés au chapitre V du titre I^{er} du livre III du code de la sécurité sociale (troisième partie Décrets) les articles D. 315-1 à D. 315-3 ainsi rédigés :

« *Art. D. 315-1.* – Lors de l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le professionnel de santé contrôlé peut se faire assister par un membre de sa profession.

« *Art. D. 315-2.* – Préalablement à l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés.



« 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 quinze jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé. « *Art. D. 315-3.* – A l'expiration des délais prévus au second alinéa de l'article D. 315-2 ou, à défaut, à l'expiration du délai d'un mois mentionné à l'article R. 315-1-2, la caisse informe dans un délai de trois mois le professionnel de santé des suites qu'elle envisage de donner aux griefs initialement notifiés. A défaut, la caisse est réputée avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé. »



**LE POUVOIR DISCIPLINAIRE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE
SUR LES MEDECINS LIBERAUX**

PREAMBULE.....	2
INTRODUCTION.....	3

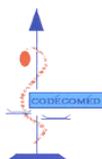
**I- LES TEXTES REGISSANT LES RAPPORTS ENTRE LES CAISSES
D'ASSURANCE MALADIE ET LES MEDECINS**

LIBERAUX.....	4
A- LE POUVOIR DISCIPLINAIRE DES CAISSES SUR LES MEDECINS LIBERAUX.....	4
1- POUVOIR D'ORIGINE LEGALE.....	5
A- LES CONDITIONS.....	5
B- LES SANCTIONS	8
2- POUVOIR D'ORIGINE CONVENTIONNELLE.....	9
A- RUPTURE D'ADHESION A L'OPTION DE COORDINATION.....	9
B- NON RESPECT DES DISPOSITIONS CONVENTIONNELLES.....	10
B – LE POUVOIR DE CONTROLE DES CAISSES SUR LES MEDECINS LIBERAUX.....	12

**II- LES POUVOIRS DISCIPLINAIRES DES CAISSES PAR LES SECTIONS DES
ASSURANCES SOCIALES DES ORDRES DES MEDECINS..... 16**

Titre I : Mise en exergue de l'existence d'un pouvoir disciplinaire.....	17
Les juridictions :	19
A- La Section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance (art. L145-1 à L145-9 et R145-1) R145-29 CSS) :.....	19
1- Composition.....	19
2- Saisine (Art. 145-18 CSS) :	19
3- Recours :	20
B- La Section des assurances sociales du Conseil national, juridiction d'appel :	20
1- Composition :	20
2- Attributions :	20
3- Recours :	21

45



Titre II : Moyens de contestation du pouvoir disciplinaire et Moyens de défense individuelle des médecins libéraux :.....	21
Section I : Les moyens de contestation du pouvoir disciplinaire des Caisses d'assurance maladie :	21
I- Les constats :	21
II- Les propositions :.....	25
A- Le recours devant la Cour européenne des droits de l'homme :.....	26
B- Les réformes nécessaires:	27
Section II : La défense individuelle des médecins libéraux :.....	28
A- L'ENQUETE PRELIMINAIRE.....	28
B- LA PROCEDURE DEVANT LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES...29	
C- LA PROCEDURE D'APPEL.....	29
ANNEXES.....	30

