

*Annexe N°2 de la Charte
du contrôle de l'activité
des professionnels de santé
par l'Assurance Maladie*

Annexe n°2 : Références juridiques

La légitimité du contrôle par l'Assurance Maladie

Article L.111-2-1, premier et dernier alinéas, du Code de la Sécurité Sociale :

« La Nation affirme son attachement au caractère universel, obligatoire et solidaire de l'assurance maladie. ... Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie ».

Article L.162-2-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins ».

Article R.4127-29 du Code de la Santé Publique :

« Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte d'honoraire perçu et d'actes effectués sont interdits ».

Article R.4127-24 du Code de la Santé Publique :

*« Sont interdits au médecin :
- tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié ou illicite ».*

Article L.162-4, premier et dernier alinéas, du Code de la Sécurité Sociale :

*« Les médecins sont tenus de signaler sur l'ordonnance, support de la prescription, le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent ...
Lorsque des médecins réalisent des actes non remboursables, ils n'établissent pas le document prévu à l'article L.161-33 (feuille de soins papier ou électronique) ».*

Article L.224-14 du Code de la Sécurité Sociale :

*« Les Caisses nationales ... mettent en œuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elles peuvent à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.
Elles peuvent requérir la participation de leurs organismes régionaux et locaux à ces actions ».*

Article L.611-4 du code de la sécurité sociale :

*« La caisse nationale du régime social des indépendants a pour rôle : (...)
12° de mettre en œuvre ou de coordonner les actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations. »*

Article L.114-13 du Code de la Sécurité Sociale :

« Est passible d'une amende de 5 000 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

Article L.377-2 du Code de la Sécurité Sociale :

*« Sera puni d'une amende de 3 750 euros et, en cas de récidive dans le délai d'un an, d'une amende de 7 500 euros, tout intermédiaire convaincu d'avoir offert ou fait offrir ses services moyennant émoluments convenus à l'avance à un assuré social en vue de lui faire obtenir le bénéfice des prestations qui peuvent lui être dues ».
Texte applicable au régime social des indépendants en application de l'article L.614-1 du code de la sécurité sociale.*

Article L.377-4 du Code de la Sécurité Sociale :

*« Le maximum des deux peines sera toujours appliqué au délinquant lorsqu'il aura déjà subi une condamnation pour la même infraction et le tribunal pourra ordonner l'insertion du nouveau jugement dans un ou plusieurs journaux de la localité, le tout aux frais du condamné, sans que le coût de l'insertion puisse dépasser 7,50 euros ».
Texte applicable au régime social des indépendants en application de l'article L.614-1 du code de la sécurité sociale.*

Les pouvoirs et rôle du Directeur d'une Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Article L.211-2-2, premier alinéa, du Code de la Sécurité Sociale :

« Le Directeur dirige la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et est responsable de son bon fonctionnement. Il met en œuvre les orientations décidées par le Conseil. Il prend toutes décisions nécessaires et exerce toutes les compétences qui ne sont pas attribuées à une autre autorité ».

Article R.211-1-2, alinéas 1 et 10 du Code de la Sécurité Sociale :

« Le Directeur exerce les attributions mentionnées à l'article L.211-2-2 et dirige la Caisse Primaire dans le respect des orientations définies par la Caisse Nationale. ... ».

Article L.122-1, alinéa 3, du Code de la Sécurité Sociale :

« Le Directeur général ou le directeur décide des actions en justice à intenter au nom de l'organisme dans les matières concernant les rapports dudit organisme avec les bénéficiaires des prestations, les cotisants, les producteurs de biens et services médicaux et les établissements de santé, ainsi qu'avec son personnel, à l'exception du directeur général ou du directeur lui-même. Dans les autres matières, il peut recevoir une délégation permanente du conseil pour agir en justice. Il informe périodiquement le conseil ou le conseil d'administration des actions qu'il a engagées, de leur déroulement et de leurs suites.

Article R.211-1-2, alinéa 15, du Code de la Sécurité Sociale :

«Il peut déléguer une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme et leur donner mandat en vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile ».

Article L.122-1, alinéa 4, du Code de la Sécurité Sociale :

« Le directeur général ou le directeur représente l'organisme en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet à certains agents de son organisme ou à un agent d'un autre organisme de Sécurité Sociale ».

Article L.114-9, premier alinéa, du Code de la Sécurité Sociale :

« Les directeurs des organismes de Sécurité Sociale, ... sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées».

Article L.211-2-2, alinéa 4, du Code de la Sécurité Sociale :

«Il (le Directeur) peut déléguer sa signature ».

Article L.611-16 du code de la sécurité sociale :

« Le contrôle de l'application par les ressortissants des caisses du régime social des indépendants des dispositions du présent code relatives au recouvrement des cotisations et à l'attribution des prestations est confié aux caisses de base et, le cas échéant, à la Caisse nationale.

Les agents chargés du contrôle sont assermentés et agréés dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ces agents ont qualité pour dresser en cas d'infraction des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

Les caisses les transmettent aux fins de poursuites, au procureur de la République s'il s'agit d'infractions pénalement sanctionnées. »

Les pouvoirs et rôle du Service du contrôle médical

Article R.315-2 du Code de la Sécurité Sociale :

« Le contrôle médical constitue un service national. Il est confié à des médecins conseils, chirurgiens dentistes conseils et pharmaciens conseils».

Article R.315-7 du Code de la Sécurité Sociale :

« Tout praticien conseil est tenu d'adresser une déclaration au Directeur Général de la Caisse Nationale mentionnant ses liens directs ou indirects avec des entreprises, associations ou institutions à but lucratif bénéficiant de concours financiers de la part d'un organismes de Sécurité Sociale ».

Article L.315-1, alinéa I, du Code de la Sécurité Sociale :

« Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L.251-2 (bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat) et L.254-1 (soins urgents dispensés dans les établissements de santé à des personnes qui relèvent de l'aide médicale de l'Etat) du code de l'action sociale et des familles».

Article L.442-5 du Code de la Sécurité Sociale :

«Les dispositions de l'article L.315-1 et L.315-2 (les avis rendus par le service du contrôle médical s'imposent à l'organisme de prise en charge) sont applicables aux accidents du travail ».

Article L.315-1, alinéa II, du Code de la Sécurité Sociale :

« Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.
Lorsque l'activité de prescription d'arrêt de travail apparaît anormalement élevée au regard de la pratique constatée chez les professionnels de santé appartenant à la même profession, des contrôles systématiques de ces prescriptions sont mis en œuvre dans des conditions définies par la convention mentionnée à l'article L.227-1 (convention d'objectif et de gestion - COG)».

Article L.613-12 du code de la sécurité sociale :

« Les dispositions du chapitre 2 du titre VI du livre Ier ainsi que les articles L. 314-1, L. 322-1, L. 324-1 et L. 332-3 sont applicables au régime institué par le présent titre selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article L.613-13 du code de la sécurité sociale :

Les caisses de base mentionnées à l'article L. 611-3 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.

Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-2-1 sont applicables au régime social des indépendants.

Article R.613-55 du code de la sécurité sociale :

« Le contrôle médical que les caisses de base doivent assurer en vertu de l'article L. 613-13 porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service des prestations et notamment sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé et de la capacité de travail des bénéficiaires du régime, sur les moyens thérapeutiques et les appareillages mis en œuvre, sur les abus en matière de soins et de tarification des honoraires, sur le respect des dispositions de l'article L. 162-4, de la nomenclature générale des actes professionnels et des conventions liant aux caisses les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux et les établissements de soins.

Le service du contrôle médical procède en outre à une analyse sur le plan médical de l'activité des établissements entrant dans le champ d'application de l'article L. 162-29 et dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie. Cette analyse est destinée à s'assurer que les frais d'hospitalisation sont mis à la charge de l'assurance maladie dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la couverture de ce risque. Elle est communiquée sur sa demande au directeur de l'établissement et à l'autorité administrative mentionnée à l'article 29 du décret n° 83-744 du 21 août 1983. Les informations couvertes par le secret médical sont communiquées sur leur demande au président de la commission médicale d'établissement ou au médecin désigné par l'établissement privé participant au service public hospitalier et au médecin inspecteur départemental.

Le service du contrôle médical exerce sa mission dans les conditions définies par la présente sous-section et par le chapitre 6 du titre VI du livre Ier. »

Article R. 723-126 du Code rural :

Les caisses de mutualité sociale agricole sont tenues d'exercer un contrôle médical en vue de donner le maximum d'efficacité médicale au service des prestations et d'éviter des abus. Elles doivent s'assurer à cet effet les services d'un médecin-conseil.

Le contrôle porte en particulier, lors du règlement des prestations à l'assuré, sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'intéressé et de sa capacité de travail, sur l'observation, par le médecin traitant dans ses prescriptions, de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement ; le cas échéant, sur les possibilités de prévention de l'invalidité et de réadaptation professionnelle et, d'une manière

générale, sur l'état sanitaire des assurés sociaux des professions agricoles et les conditions dans lesquelles les soins nécessaires leur sont dispensés.

Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent à tout moment faire procéder par leur médecin-conseil ou par les praticiens désignés sur la proposition desdits médecins à un examen médical des bénéficiaires.

Un arrêté du ministre chargé de l'agriculture fixe les conditions d'application du premier alinéa.

Article R 723-126 du Code rural

Les caisses de mutualité sociale agricole sont tenues d'exercer un contrôle médical en vue de **donner le maximum d'efficacité médicale au service des prestations et d'éviter des abus**. Elles doivent s'assurer à cet effet les services d'un médecin-conseil.

Le contrôle porte en particulier, lors du règlement des prestations à l'assuré, sur l'appréciation faite par le médecin traitant de l'état de santé de l'intéressé et de sa capacité de travail, sur l'observation, par le médecin traitant dans ses prescriptions, de **la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement** ; le cas échéant, sur les possibilités de **prévention de l'invalidité et de réadaptation professionnelle** et, d'une manière générale, sur **l'état sanitaire des assurés sociaux** des professions agricoles et les conditions dans lesquelles les soins nécessaires leur sont dispensés.

Les caisses de mutualité sociale agricole peuvent à tout moment faire procéder par leur médecin-conseil ou par les praticiens désignés sur la proposition desdits médecins à un examen médical des bénéficiaires.

Un arrêté du ministre chargé de l'agriculture fixe les conditions d'application du premier alinéa.

Article R 723-127 du Code rural

Le médecin-conseil ne peut s'immiscer dans les rapports du malade et du médecin traitant. Il doit s'abstenir de formuler devant le malade un pronostic ou une appréciation sur le traitement.

Toutes les fois qu'il le juge utile, dans l'intérêt du malade ou du contrôle, il entre personnellement en rapport avec le médecin traitant, toutes précautions étant prises pour que le secret professionnel soit respecté.

Article R 723-128 du Code rural

Le médecin-conseil de la caisse ou, le cas échéant, le dentiste-conseil de la caisse qui porte sur l'état du malade et, éventuellement, sur les prothèses à effectuer ou les soins à dispenser, une appréciation différente de celle du praticien traitant, doit en avertir ou en faire avertir celui-ci. Au cas où un accord ne peut être réalisé entre eux, le conflit est arbitré dans les conditions fixées pour les contestations d'ordre médical relatives à l'état des malades.

Article R 723-129 du Code rural

Les honoraires dus au praticien désigné par une caisse de mutualité sociale agricole sur la proposition de son médecin-conseil pour procéder à un examen médical, en application du deuxième alinéa de l'article R. 723-126, sont les mêmes que ceux fixés pour les médecins experts en matière de contestations d'ordre médical relatives à l'état des malades. Ils sont à la charge de la caisse intéressée.

Article R 723-130 du Code rural

Pour l'application des dispositions ayant trait à la **mission de contrôle médical** et figurant au chapitre 5 du titre Ier du livre III du code de la sécurité sociale, le contrôle médical des régimes agricoles de protection sociale exerce sa mission dans les conditions prévues par le chapitre VI du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, l'article L. 724-11 et les articles D. 724-7 à D. 724-12 du présent code.

Ce contrôle est organisé selon les modalités prévues aux articles D. 723-131 à D. 723-153 du présent code.

L'exercice de la médecine de contrôle

Article 100 (article R.4127-100 du code de la santé publique)

Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne.

Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le médecin exerce au sein d'une collectivité, aux membres de celle-ci.

Article 101 (article R.4127-101 du code de la santé publique)

Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin de contrôle doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code.

Article 102 (article R.4127-102 du code de la santé publique)

Le médecin de contrôle doit informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce, et s'y limiter. Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou commentaire. Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions.

Article 103 (article R.4127-103 du code de la santé publique)

Sauf dispositions contraires prévues par la loi, le médecin chargé du contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement ni le modifier. Si, à l'occasion d'un examen, il se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic, le pronostic ou s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficultés à ce sujet, il peut en faire part au conseil départemental de l'Ordre.

Article 104 (article R.4127-104 du code de la santé publique)

Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent. Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme

L'obligation du respect du secret professionnel par les personnels des organismes de Sécurité Sociale

Article L.161-29, alinéa 5, du Code de la Sécurité Sociale :

« Le personnel des organismes d'assurance maladie est soumis à l'obligation de secret dans les conditions et sous les peines prévues à l'article 378 du Code Pénal ».

L'obligation du respect du secret médical par les agents du Service de contrôle médical

Article L.315-1, alinéa V, du Code de la Sécurité Sociale :

« Les praticiens conseils du service du contrôle médical et les personnes placées sous leur autorité n'ont accès aux données de santé à caractère personnel que si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leur mission, dans le respect du secret médical ».

Article L.1112-1, alinéa 5, du Code de la Santé Publique :

« Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions ».

Article R.4127-104 du Code de Déontologie :

« Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif, sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical ni à un autre organisme ».

Les procédures de détection des activités atypiques

a) L'information interne à l'Assurance Maladie

Article L.314-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« Lorsqu'elles reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, les Caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient :

- 1°- que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L.162-14, L.162-4-1, L.161-36-2, L.315-2, L.322-3 et L.324-1 ;

- 2°- que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :

a) n'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L.162-1-7, L.162-17 et L.165-1 ;

b) respectent les recommandations de bonne pratique cliniques et les références professionnelles mentionnées à l'article L.162-12-15 ;

- 3°- que les dépenses présentées au remboursement, y compris les dépassements d'honoraires, ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L.162-12-18, L.162-12-20, L.183-1-1 et les accords prévus à l'article L.162-12-17.

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la Caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.

Lorsqu'une anomalie est constatée par la Caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code, et notamment celles mentionnées aux articles L.162-1-14, L.162-1-15 et L.315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la Caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.

b) Les échanges avec les partenaires institutionnels

Article L.114-12-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L.351-21 du Code du travail relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L.114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales.

Les échanges d'information et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.

Ont également accès aux données de ce répertoire :

1°les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

2°les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale...

Le répertoire contient des données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi qu'à l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.

Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé.».

Le recueil des éléments de preuve

Article 202 du Code de Procédure Civile :

« L'attestation contient la relation des faits auxquels son auteur a assisté ou qu'il a personnellement constatés. Elle mentionne les nom, prénoms, date et lieu de naissance, demeure et profession de son auteur ainsi que, s'il y a lieu, son lien de parenté ou d'alliance avec les parties, de subordination à leur égard, de collaboration ou de communauté d'intérêts avec elles.

Elle indique en outre qu'elle est établie en vue de sa production en justice et que son auteur a connaissance qu'une fausse attestation de sa part l'expose à des sanctions pénales.

L'attestation est écrite, datée et signée de la main de son auteur. Celui-ci doit lui annexer, en original ou en photocopie, tout document officiel justifiant de son identité et comportant sa signature ».

Article L.114-10 du Code la Sécurité Sociale :

« Les directeurs des organismes de Sécurité Sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés ... le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives ... Des praticiens conseils peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés ... Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve contraire ».

Le droit à la communication de documents détenus par les personnes contrôlées

a) Les praticiens conseils

Article R.315-1-1, alinéa premier, du Code de la Sécurité Sociale :

« Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L.315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité».

Article R.162-42-10, alinéa 3, du Code de la Sécurité Sociale :

« L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent. Les personnes chargées du contrôle exercent leur mission dans les conditions prévues à l'article R.166-1 ».

Article R.166-1, alinéas 2 et 3, du Code de la Sécurité Sociale :

« Tous renseignements et tous documents administratifs d'ordre individuel ou général utiles à leur mission sont tenus à leur disposition par le Directeur de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel.

Tous renseignements et tous documents d'ordre médical, individuel ou général sont tenus à leur disposition par les praticiens de l'établissement, du service ou de l'institution dans le respect des règles du secret professionnel et de la déontologie médicale.

b) Les agents contrôleurs de la Caisse

Article R.114-17 du Code de la Sécurité Sociale :

« Pour le contrôle de l'application de la législation des accidents du travail et des maladies professionnelles, les employeurs, personnes privées ou publiques, et les travailleurs indépendants sont tenus de présenter aux agents des Caisses Primaires et Régionales d'Assurance Maladie mentionnés à l'article L.114-10 (agents agréés et assermentés) tout document que ces derniers leur demandent aux fins de l'exercice de leur mission, ...

Ces agents procèdent à toutes vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis en vue de faire bénéficier les victimes et leurs ayants droit des prestations servies au titre de la branche accident du travail et maladies professionnelles» .

Article R.114-18 du Code de la Sécurité Sociale :

« Les agents des Caisses Primaires d'Assurance Maladie mentionnés à l'article L.114-10 (agents agréés et assermentés) procèdent à toutes vérifications portant sur l'exactitude des déclarations, attestations et justificatifs de toute nature fournis par les assurés sociaux en vue de bénéficier, ou de faire bénéficier leurs ayant droit, des prestations servies au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès.

Les échanges entre administrations

Article L.114-12 du Code de la Sécurité Sociale :

« Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la Sécurité Sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de Sécurité Sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L.351-21 du Code du travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

-1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

2° Sont nécessaires à l'information des ressortissants sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ;

3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes ».

Article L.114-16 du Code de la Sécurité Sociale :

« L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu ».

L'article L.161-1-4 du Code de la Sécurité Sociale :

« Les organismes de Sécurité Sociale demandent, pour le service d'une prestation, toutes pièces justificatives utiles pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclaration déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de cette demande lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition. ».

Le droit de communication directe auprès de tiers

Article L.114-19 du Code de la Sécurité Sociale :

« Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :

1° aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ; ...

Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies ».

Article L.114-20 du Code de la Sécurité Sociale :

« Sans préjudice des autres dispositions législatives applicables en matière d'échanges d'informations, le droit de communication défini à l'article L.114-19 est exercé dans les conditions prévues et auprès des personnes mentionnées à la section 1 du chapitre II du titre II du livre des procédures fiscales à l'exception des personnes mentionnées aux articles L.82C, L.83A, L.83B, L.84, L.84A, L.91, L.95 et L.96B à L.96F (cf. textes en annexes) ».

Article L.114-21 du Code de la Sécurité Sociale :

« L'organisme ayant usé du droit de communication en application de l'article L.114-19 est tenu d'informer la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle la décision de supprimer le service d'une prestation ou de mettre des sommes en recouvrement, de la teneur et de l'origine des informations et documents obtenus auprès de tiers sur lesquels il s'est fondé pour prendre cette décision. Il communique, avant la mise en recouvrement ou la suppression du service de la prestation, une copie des documents susmentionnés à la personne qui en fait la demande ».

Article L.114-16 du Code de la Sécurité Sociale :

«L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu ».

Les spécificités de la procédure d'analyse d'activité par le Service du contrôle médical

Article L.315-1, alinéa IV, du Code de la Sécurité Sociale :

« Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L.524-1 du code de l'action sociale et des familles), notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L.162-14-2). La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon les conditions définies par décret».

Article R315-1-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du IV de l'article L. 315-1, il peut se faire communiquer, dans le cadre de cette mission, l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.

Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel, sauf lorsque l'analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude telle que définie à l'article R. 147-11, d'une fraude en bande organisée telle que définie à l'article R. 147-12 ou de faits relatifs à un trafic de médicaments. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été informé préalablement, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés par chaque caisse nationale »

Article R.315-1-2 du Code de la Sécurité Sociale :

« A l'issue de cette analyse, le service du contrôle médical informe le professionnel concerné de ses conclusions. Lorsque le service du contrôle médical constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes de Sécurité Sociale, il en avise la Caisse. La Caisse notifie au professionnel les griefs retenus à son encontre, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs, l'intéressé peut demander à être entendu par le service du contrôle médical ».

Article D.315-2, premier alinéa, du Code de la Sécurité Sociale :

« 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.

Article D.315-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« 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.

Article D.315-2, alinéa 2, du Code de la Sécurité Sociale :

« 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 ».

Article D.315-3 du Code de la Sécurité Sociale :

« A l'expiration des délais prévus au second alinéa de l'article D.315-2 (quinze jours à compter de l'entretien puis quinze jours à compter de la réception du compte-rendu) ou, à défaut, à l'expiration du délai d'un mois mentionné à l'article R.315-1-2 (délai d'un mois qui suit la notification initiale des griefs), 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 ».

Les actions suite à un contrôle

a) Action en répétition des indus

Article 1235 du Code Civil :

« Tout paiement suppose une dette : ce qui a été payé sans être dû, est sujet à répétition ».

Article 1376 du Code Civil :

« Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu ».

Article 1377 du Code Civil :

« Lorsqu'une personne qui, par erreur, se croyait débitrice, a acquitté une dette, elle a le droit de répétition contre le créancier.

Néanmoins, ce droit cesse dans le cas où le créancier a supprimé son titre par suite du paiement, sauf le recours de celui qui a payé contre le véritable débiteur ».

Article L.133-4, alinéas 1 à 6, du Code de la Sécurité Sociale :

« En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

- 1° des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L.162-1-7 (liste de tous les actes et prestations réalisés par un professionnel de santé), L.162.17 (listes des médicaments), L.165-1 (liste des dispositifs médicaux à usage individuel, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de services et d'adaptation associées), L.162-22-7 (liste des spécialités pharmaceutiques dispensées aux patients hospitalisés) ou relevant des dispositions des articles L.162-22-1 (un décret en Conseil d'Etat arrête la classification des prestations pour les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation dans les établissements de santé privés) et L.162-22-6 (un décret en Conseil d'Etat arrête la classification des prestations pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie y compris les activités d'alternative à la dialyse en centre d'hospitalisation à domicile dans les établissements de santé publics ou privés) ;

- 2° des frais de transports mentionnés à l'article L.321-1 (2°),

l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort ».

Article L.133-4, alinéas 7 à 10, du Code de la Sécurité Sociale :

« L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le Directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10% du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le Directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent ».

Article R.133-9-1, Code de la Sécurité Sociale :

«- I – La notification de payer prévue à l'article L.133-4 est envoyée par le Directeur de l'organisme d'assurance maladie au professionnel ou à l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette lettre précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement. Elle mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle informe ce dernier qu'à défaut de paiement dans ce délai, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10%. Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie.

« En cas de désaccord avec les observations de l'intéressé et en l'absence de paiement dans le délai imparti, le Directeur de l'organisme lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception la mise en demeure prévue à l'article L.133-4. Cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées, le montant de la majoration de 10% afférente aux sommes encore dues ainsi que le délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R.142-1 (un mois à compter de la notification de la mise en demeure).

- II – Si le montant de l'indu a été entièrement payé dans le mois suivant l'envoi de la mise en demeure, la majoration de 10% peut faire l'objet d'une remise par le Directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur en cas de bonne foi de celui-ci ou si son montant est inférieur à un des seuils, différents selon qu'il s'agit d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

- III – Les dispositions des articles R.133-3 (le débiteur peut former opposition auprès du tribunal des affaires de sécurité sociale dans les quinze jours à compter de la signification de la contrainte), R.133-5 (l'organisme créancier adresse au tribunal une copie de la contrainte accompagnée d'une copie de la mise en demeure ainsi que de l'avis de réception, par le débiteur, de ladite mise en demeure), R.133-6 (les frais de signification sont à la charge du débiteur) et R.133-7 (un arrêté fixe le modèle de la contrainte) sont applicables à la contrainte instituée par l'article L.133-4. Toutefois, la contrainte peut, par dérogation à l'article R.133-3, être soit notifiée au débiteur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, soit lui être signifiée par acte d'huissier (cette dérogation ne sera plus utile à compter du 1^{er} janvier 2008 – l'article R.133-3 prévoit que la contrainte pourra être signifiée par acte d'huissier ou adressée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception)».

Article R.142-1, alinéa 3, du Code de la Sécurité Sociale :

« Toutefois, les contestations formées à l'encontre des décisions prises par les organismes chargés du recouvrement des cotisations, des majorations et des pénalités de retard ainsi que les organismes d'assurance maladie en ce qui concerne le recouvrement des indus prévus à l'article L.133-4 et des pénalités financières prévues à l'article L.162-1-14 doivent être présentées à la commission de recours amiable dans un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure ».

b) Action indemnitaire en responsabilité civile

Article 1382 du Code Civil :

« Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer »

Article 1383 du Code Civil :

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence ».

Article 1384 du Code Civil :

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre, ou des choses que l'on a sous sa garde. ... les commettants (l'employeur), du dommage causé par leurs ... préposés (les employés) dans les fonctions auxquelles ils les ont employés ».

c) La saisine de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil de l'Ordre

Article L.145-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« 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 du conseil régional de discipline et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national ... dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre ... ».

Article R.145-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des pharmaciens à l'occasion des prestations servies à des assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section distincte dite section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ...
En appel, ces mêmes faits sont soumis à une section distincte du conseil national de l'ordre des pharmaciens dite section des assurances sociales dudit conseil. ».

Article R.145-8, premier alinéa, du Code de la Sécurité Sociale :

« Les dispositions sur le contentieux du contrôle technique des médecins, prévues aux articles L.145-1 (supra), ..., sont applicables en cas de faute, abus, fraude 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 ».

Article L.145-2, alinéas 1 et 5, du Code de la Sécurité Sociale :

« 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 ...
... 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

Article L.145-5-2, alinéas 1 et 4 du Code de la Sécurité Sociale :

« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et par la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes et du conseil national des infirmiers ...
... ne sont pas cumulables avec celles mentionnées 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, seule la sanction la plus lourde est mise à exécution

d) La saisine de la chambre disciplinaire de l'Ordre

Article L. 162-1-19 du Code de la Sécurité Sociale :

« Les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie et les services médicaux de ces organismes sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie de la part d'un professionnel de santé inscrit à un ordre professionnel.

L'ordre est tenu de faire connaître à l'organisme qui l'a saisi, dans les trois mois, les suites qu'il y a apportées ».

Article R.4127-1 du Code de la Santé Publique :

« Les dispositions du présent code de déontologie s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'ordre,

Conformément à l'article L.4122-1, l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'ordre ».

Article L.4122-1 du Code de la Santé Publique :

« Le conseil national de l'ordre ... veille notamment à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie ... ».

Article R.4126-1, alinéas 1 et 2, du Code de la Santé Publique :

« L'action disciplinaire contre un médecin, un chirurgien-dentiste ou une sage-femme ne peut être introduite devant la chambre disciplinaire de première instance que par l'une des personnes ou autorités suivantes :

1° Le conseil national ou le conseil départemental de l'ordre au tableau duquel le praticien poursuivi est inscrit à la date de la saisine de la juridiction, agissant de leur propre initiative ou à la suite de plaintes, formées notamment par les patients, les organismes locaux d'assurance maladie obligatoires, les médecins conseils chefs ou responsables de service du contrôle médical placé auprès d'une caisse ou d'un organisme de sécurité sociale, les associations de défense des droits des patients, des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, qu'ils transmettent, le cas échéant en s'y associant, dans le cadre de la procédure prévue à l'article L.4123-2 ...

Les plaintes sont signées par leur auteur et, dans le cas d'une personne morale, par une personne justifiant de sa qualité pour agir. Dans ce dernier cas, la plainte est accompagnée, à peine d'irrecevabilité, de la délibération de l'organe statutairement compétent pour autoriser la poursuite ou, pour le conseil départemental ou national, de la délibération signée par le président et comportant l'avis motivé du conseil».

Article R.4323-3 du Code de la Santé Publique :

« Les dispositions des articles R. 4126-1 à R. 4126-54 sont applicables aux masseurs-kinésithérapeutes et aux pédicures-podologues ».

Article L.4126-5 du Code de la Santé Publique :

« L'exercice de l'action disciplinaire ne met obstacle :

1° ni aux poursuites que le ministère public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs dans les termes du droit commun ;

2° ni aux actions civiles en réparation d'un délit ou d'un quasi-délit ;

3° ni à l'action disciplinaire devant l'administration dont dépend le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme fonctionnaire ;

4° ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins, les chirurgiens-dentistes ou les sages-femmes en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par les lois sociales ».

Article L.145-3 du Code de la Sécurité Sociale :

« Tout praticien qui contrevient aux décisions ... de la section des assurances sociales ... de première instance ou de la section des assurances sociales du Conseil national ..., 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 ».

e) Les pénalités financières

Article L.162-1-14 du Code de la Sécurité Sociale :

« *Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 :*

1° *Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;*

2° *Les employeurs ;*

3° *Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;*

4° *Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.*

II. - *La pénalité mentionnée au I est due pour :*

1° *Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique, du code rural et de la pêche maritime ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;*

2° *L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;*

3° *Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;*

4° *Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;*

5° *Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17 et L. 315-1 ;*

6° *Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ;*

7° *Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;*

8° *Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation, dès lors que le patient ne s'est pas explicitement opposé au report de cet acte ou consultation dans son dossier médical personnel ;*

9° *Toute fausse déclaration portée sur la déclaration d'accident du travail ou tout non-respect par les employeurs des obligations relatives à ladite déclaration ou à la remise de la feuille d'accident à la victime ;*

10° *Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.*

III. - *Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.*

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.

IV. - *Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :*

1° *Décide de ne pas poursuivre la procédure ;*

2° *Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;*

3° *Ou saisit la commission mentionnée au V.A réception de l'avis de la commission, le directeur :*

a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.

En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

V. - La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie ou de la caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

VI. - Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie ou plusieurs caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° ou au 4° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie ou une autre caisse mentionnée aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

VII. - En cas de fraude établie dans des cas définis par voie réglementaire :

1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou les caisses mentionnées aux articles L. 215-1 ou L. 215-3 peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure au dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du même I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du même I et les personnes morales mentionnées au 3° du même I ;

4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire.

VII bis. - Les pénalités prononcées en application du présent article sont notifiées après avis conforme du directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ou de son représentant désigné à cet effet. Son avis est réputé conforme dans un délai précisé par voie réglementaire.

VIII. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat

f) La plainte pénale

Article 85 du Code de Procédure Pénale :

«Toute personne qui se prétend lésée par un crime ou un délit peut en portant plainte se constituer partie civile devant le juge d'instruction compétent ...

Toutefois, la plainte avec constitution de partie civile n'est recevable qu'à condition que la personne justifie soit que le procureur de la République lui a fait connaître, à la suite d'une plainte déposée devant lui ou un service de police judiciaire, qu'il n'engagera pas lui-même des poursuites, soit qu'un délai de trois mois s'est écoulé depuis qu'elle a déposé plainte devant ce magistrat, contre récépissé ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, ou depuis qu'elle a adressé, selon les mêmes modalités, copie à ce magistrat de sa plainte déposée devant un service de police judiciaire. ... La prescription de l'action publique est suspendue, au profit de la victime, du dépôt de la plainte jusqu'à la réponse du procureur de la République ou, au plus tard, une fois écoulé le délai de trois mois ».

Article L.114-9, alinéa 4, du Code de la Sécurité Sociale :

« Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret (article D.114-5 du Code de la Sécurité Sociale : « trois fois le montant du plafond mensuel de la sécurité sociale applicable au moment des faits ou, lorsqu'elle s'est répétée, à la date du début de la fraude »), les (Directeurs des) organismes visés au premier alinéa (de Sécurité Sociale) portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du Code de Procédure Pénale ».

Article L.114-9, alinéa 5, du Code de la Sécurité Sociale :

« Les organismes nationaux sont avisés par l'organisme (local) de sécurité sociale de cette fraude et de la suite donnée. A défaut de plainte avec constitution de partie civile de l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration d'un délai d'un mois après une mise en demeure de ce dernier restée infructueuse. Les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin ».