

Rapport de recherche

DEA *droit de la santé*

Effectué par

Jean-Luc GALIZIA et Diane DELCOURT

**LES FAUTES FRAUDES ET ABUS
RELEVES A L'ENCONTRE DES MEDECINS ET RELEVANT DU
CONTENTIEUX DU CONTROLE TECHNIQUE DE LA
SECURITE SOCIALE**

Aix-en-Provence 2002-2003.

Sommaire.

INTRODUCTION

1 LA QUALIFICATION DE « FAUTES, ABUS, ET FRAUDES ». **3**

1.1	LES FAUTES.	5
1.1.1	LES TYPES DE FAUTES.	5
1.1.1.1	Le manquement aux obligations administratives.	6
1.1.1.2	Le manquement aux obligations légales et déontologiques.	6
1.1.2	APPRECIATION CRITIQUE DE LA NOTION.	8
1.2	LES FRAUDES.	9
1.2.1	LA FRAUDE SUR L'AUTEUR REEL DE L'ACTE.	9
1.2.2	LA FRAUDE ADMINISTRATIVE .	10
1.3	LES ABUS.	11
1.3.1	L'ABUS DE SOINS SUR UN ASSURE SOCIAL.	13
1.3.1.1	L'abus de soins ou d'actes.	14
1.3.1.2	L'abus de prescriptions.	15
1.3.1.3	L'abus d'honoraires.	15
1.3.2	L'ABUS D'ACTIVITE DU PRATICIEN.	16

2 LES SANCTIONS DES « FAUTES, FRAUDES ET ABUS ». **17**

2.1	LA JURIDICTION COMPETENTE.	17
2.1.1	IDENTIFICATION ET COMPOSITION DES JURIDICTIONS COMPETENTES.	18
2.1.2	UN SYSTEME IMPARFAIT ?	20
2.2	UNE APPRECIATION CRITIQUE DU SYSTEME DES SANCTIONS.	21
2.2.1	DES SANCTIONS RENFORCEES.	23
2.2.1.1	Exposé des sanctions.	23
2.2.1.2	Des sanctions disproportionnées ?	25
2.2.2	DES SANCTIONS ALLEGES.	26
2.2.2.1	Le sursis.	26
2.2.2.2	La règle du non-cumul des sanctions disciplinaires.	27

CONCLUSION.

BIBLIOGRAPHIE.

ANNEXES.

Introduction.

Le contentieux social est un domaine particulièrement diversifié. L'application de la législation de la sécurité sociale engendre en effet un contentieux d'ordre général, notamment relatif à l'affiliation à un régime, ou au paiement de cotisations ; mais aussi des **contentieux spéciaux**. Au nombre de ceux-ci, ce que l'on nomme « *contentieux du contrôle technique* » est en réalité un **contrôle disciplinaire des professionnels de la santé** qui collaborent avec les organismes d'assurance maladie. Dans le cadre de cette collaboration, leurs fautes, fraudes, abus et tous faits intéressant l'exercice de leur profession sont sanctionnés, en vertu de l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale.

Le contentieux du contrôle technique existe depuis plus d'un demi-siècle. Il a été récemment réaménagé par l'**ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé**, dite ordonnance Juppé¹, notamment quant au régime des sanctions applicables. **La loi du 4 mars 2002 a apporté de nouvelles précisions sur la composition de la juridiction compétente**. L'entrée en vigueur de l'ordonnance Juppé a relancé un débat ancien sur la légitimité de l'objet et de la forme de ce contentieux, dans les milieux juridiques comme médicaux.

Les critiques concernant l'objet même du contentieux du contrôle technique nous paraissent fondées sur une opposition artificielle entre objectifs de gestion et de santé. Sur cette base, certains assimilent cette institution à « *un outil répressif mis à la disposition des caisses pour servir la politique de maîtrise des dépenses de santé* »². L'intitulé de l'ordonnance offre prise à cette attaque en règle : il peut en effet sembler suggérer que ce ne soit pas l'intérêt des malades, mais surtout l'urgence de réduire les dépenses de sécurité sociale qui motive le contrôle. Les circulaires d'application, qui incitent à une sévérité certaine, viennent conforter une telle lecture : la mise en œuvre de la répression disciplinaire est ainsi vivement recommandée aux caisses par les pouvoirs publics³. En réalité, non seulement les finalités de gestion et de santé ne sont pas conflictuelles, mais elles doivent nécessairement être conciliées, à l'intérieur d'un système où le médecin est certes prescripteur de soins individuels mais aussi ordonnateur de dépenses publiques : le contentieux du

¹ Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, JCP G 1996, III, 67946.

² Chabert G., *Le contentieux du contrôle technique en matière odontologique*, Mémoire, Aix-en-Provence, 1998.

³ CNAMTS CABDIR n° 11/96, du 25 septembre 96 et n° 2/97, du 15 janvier 97.

contrôle technique a donc pour objet de servir conjointement la protection des intérêts de l'assurance maladie et celle de l'intérêt des malades.

Cette critique une fois écartée, il reste nécessaire d'évaluer l'équité formelle de ce contrôle. Le dispositif juridictionnel assure-t-il aux professionnels de santé une sécurité juridique suffisante?

C'est principalement l'imprécision des notions de « *fautes, fraudes et abus* » professionnels qui est la plus vivement critiquée, tant par les praticiens que par la doctrine. En choisissant de ne pas les qualifier, le législateur aurait confié au juge un pouvoir d'interprétation discrétionnaire, qui exposerait le praticien à des risques excessifs. A cette présomption d'une supériorité de la précision invariante des textes législatifs et réglementaires sur la sagesse variable du juge, seul un examen de la jurisprudence, éclairé par la doctrine, peut répondre, en rendant visibles les instruments et les règles d'interprétation et de jugement élaborées dans l'exercice des compétences juridictionnelles.

C'est donc sur la mise en œuvre de ces notions par les juridictions compétentes que nous axerons notre étude en nous limitant, comme l'indique notre intitulé, aux faits commis par les médecins seuls, et non par l'ensemble des professionnels de santé.

Nous tâcherons, au travers de ce rapport de recherche, d'établir et d'évaluer l'évolution des règles appliquées à la qualification de ces « *fautes, fraudes et abus* », (I) qualification qui ne peut pas être dissociée de son corollaire, la sanction prononcée (II).

1 La qualification de « *fautes, abus et fraudes* ».

L'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale rend justiciables "*les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressants l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins (...) à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux*". Comme le souligne M. LHERITIER, certains auteurs contestent l'étendue du champ d'application d'une telle formulation, apparemment si vaste **qu'on peut y inclure toutes les infractions à la déontologie**, normalement de la compétence d'une section disciplinaire ordinaire.

Cette formulation imprécise constitue-t-elle une atteinte à la garantie des droits des professionnels de santé ? En vertu de l'adage « *nullum crimen sine lege* », tout fait susceptible de donner lieu à une sanction doit être précisément défini par un écrit. Or, l'article L. 145-1 susmentionné **permettrait de sanctionner des praticiens, d'une manière générale, pour des infractions non précisément déterminées**

Ce principe, dit de « *légalité des délits* », est consacré notamment par l'article 8 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Cet adage a donc en France une valeur constitutionnelle : c'est ce qu'affirme le Conseil Constitutionnel dans sa décision des 19 et 20 janvier 1981, relative à la loi « *sécurité et liberté* »⁴ intégrant la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen dans le « *bloc de constitutionnalité* », selon la fameuse expression de M. le Doyen FAVOREU. Il s'agit d'un **principe véritablement universel**, puisqu'il est également consacré par de nombreux textes internationaux⁵.

L'affirmation de cette maxime permet à tout citoyen de **connaître précisément les limites applicables à son action**, qui peuvent seulement lui être imposées par le législateur. Ce droit est-il, comme l'affirme M. CHABERT, refusé aux praticiens lorsqu'ils soignent des assurés sociaux, les caisses étant à même d'interpréter librement les faits reprochés, afin de les intégrer dans le cadre des comportements réprimés ?⁶

Notons d'abord que l'article L. 145-1 pose de lui-même certaines limites : ainsi, le fait reproché au médecin doit intéresser l'exercice de sa profession et doit avoir été commis au moment des soins à l'assuré social. Pour le praticien, ces restrictions constituent cependant une faible réduction du champ, étant donné que 99,9 % des français sont des assurés sociaux!

Reconnaissons également que les organismes de sécurité sociale comme certains professionnels de santé ont tenté de cerner plus précisément les infractions visées : le professeur Jean-Paul PHELIPPEAU (directeur de la gestion du risque) et le docteur Alain ROUSSEAU (médecin-conseil national adjoint de la CNAMTS), proposent ainsi les définitions suivantes⁷ :

fautes : soins de qualité insuffisante dans l'exécution des procédures diagnostiques ou thérapeutiques, ou management défectueux des soins.

fraudes : facturations à l'évidence contradictoires avec les prestations délivrées.

abus : soins non justifiés par tout professionnel de la discipline concernée, correctement informé et de bonne foi.

⁴ Decision 80-127 DC., Grands arrêts n°30.

⁵ La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme de 1948, la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales de 1950 (art. 7) et le Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques de 1966 (art. 15).

⁶ Chabert G., *Mémoire préc.*

⁷ Circulaire CNAMTS-CABDIR, n°9/97.

Il ne s'agit cependant là que d'indications purement administratives, qu'aucune disposition législative ou réglementaire n'est venue confirmer : la sécurité juridique des professionnels de santé ne s'en trouve donc pas confortée.

Pour justifier cet état des textes, certains évoquent une impossibilité d'ordre pratique : il serait quasiment irréalisable de dresser une liste exhaustive des fautes susceptibles d'être commises par un praticien dans l'exercice de sa profession, tant celles-ci peuvent être diversifiées. Mais on peut également y voir une volonté du législateur, conforme aux évolutions du droit : celle de mieux assurer la sécurité du justiciable en n'enfermant pas le juge dans une rationalité *a priori* qui restreint sa faculté d'apprécier au cas par cas l'opportunité de la formulation des normes, et de la qualification de certains actes.

Cette situation souligne en tous cas l'importance de l'opération de qualification des « *fautes, fraudes et abus* : nous tâcherons d'en apprécier les aspects positifs comme négatifs, à la lumière de la doctrine et de la jurisprudence.

1.1 Les fautes.

En droit civil, la faute se définit comme l'attitude d'une personne qui ne respecte pas ses engagements contractuels (faute contractuelle), ou comme un fait illicite accompli avec l'intention de causer des dommages à autrui (faute délictuelle)⁸. Cette partition ne convient pas au **droit de la sécurité sociale**, où il s'agit essentiellement de manquements du médecin à certaines obligations, réglementaires, légales, ou déontologiques.

Après avoir dressé une rapide - et non exhaustive - revue jurisprudentielle des fautes, classées selon un découpage emprunté à Mme REBECQ, nous nous pencherons plus précisément sur l'appréciation de la notion même.

1.1.1 Les types de fautes.

L'activité normative des juridictions compétentes à progressivement dégagé deux types de manquement, qui président chacun à la qualification d'une série de fautes : manquements aux obligations administratives du praticien ; manquement à ses obligations légales et déontologiques.

⁸ Chabert G., *préc.*

1.1.1.1 Le manquement aux obligations administratives.

L'extraction de ce type de manquement repose sur le tracé, à l'intérieur de l'acte médical lui-même, d'une distinction de principe entre les conditions d'exercice de l'activité des caisses et la finalité de l'acte de soins. Le médecin commet une **faute dès lors qu'il ne se soumet pas à certains devoirs, distincts de son obligation de soins**, et visant à permettre aux caisses de sécurité sociale de mener à bien leur mission.

Les organismes d'assurance maladie doivent en effet être à même de **contrôler la matérialité des actes médicaux effectués**, actes dont les assurés vont leur demander remboursement. A cet effet, tout remboursement, en principe, est soumis à la fourniture par l'assuré d'une attestation portant la signature du praticien.

- Le refus de signer une feuille de soins est donc constitutif d'une faute sanctionnable en vertu de l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale⁹.
- Le refus de donner son avis sur la date de consolidation de la blessure d'un assuré victime d'un accident du travail¹⁰ constitue également une faute.

Ces **fautes administratives** sont cependant **peu courantes aujourd'hui**, notamment pour ce qui concerne le refus de remplir une feuille de soins, acte qui est devenu une simple formalité, depuis longtemps entrée dans les mœurs. Certains praticiens s'insurgeaient contre cette institution, au nom d'une conception extensive du secret médical¹¹ : ce n'est plus le cas actuellement. C'est donc essentiellement le manquement à des obligations légales et déontologiques qui forme le champ des fautes relevées à l'encontre des praticiens.

1.1.1.2 Le manquement aux obligations légales et déontologiques.

Le Code de la santé publique et le Code de déontologie médicale déterminent les devoirs des professionnels à l'égard de leurs patients. Pour la sécurité de ceux-ci, ces textes, tels qu'interprétés par la jurisprudence, mettent à la charge des médecins des obligations particulières concernant, notamment, les soins prodigués. Des préoccupations touchant à l'équilibre financier des caisses d'assurance maladie, prévues par le Code de la Santé publique ou par le Code de la sécurité sociale, doivent également être prises en considération.

⁹ CE 30 oct. 1957, *CPCSS de la région parisienne* : Rec. p. 569.

¹⁰ CE 4 oct. 1961, *Locussol* : Rec. p. 542.

¹¹ Voir à contrario CE, 16 nov. 1957, *Caisse primaire de sécurité sociale de la région parisienne contre Chavanon* : Rec., p.623.

La mise en péril de la sécurité du patient.

- Il est interdit au médecin, ainsi que le laissait déjà présager le fameux arrêt *Mercier* du 20 mai 1936¹², de prodiguer à son patient des soins non conformes aux données acquises de la science : la section des assurances sociales a justement déduit les conséquences de ce principe en sanctionnant le professionnel qui, **mettant en œuvre une thérapeutique dangereuse, faisait ainsi courir au patient un risque injustifié**¹³.
- De même, il n'est pas possible actuellement d'établir une prescription quelconque sans examen préalable du patient¹⁴.

L'atteinte aux intérêts économiques de la sécurité sociale.

- Le fait de méconnaître le principe de la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement constitue une faute¹⁵.
- La violation de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux est aussi une faute. Cette interdiction a pu être prononcée pour une première faute, par la section des assurances sociales, comme nous l'étudierons ultérieurement. Le médecin qui contrevient à une interdiction exécutoire doit rembourser les prestations versées par l'organisme de sécurité sociale en méconnaissance de la sanction, selon les dispositions de l'article **L. 145-3 du Code de la sécurité sociale**.
- Les fautes les plus fréquentes consistent en le non-respect de la nomenclature générale des actes professionnels : ce sont principalement des anomalies ou des irrégularités, visant à mentionner sur la feuille de soins un coefficient supérieur, ou en tous cas non conforme à celui prévu par la nomenclature, mais il peut aussi s'agir de l'irrespect de la procédure d'entente préalable, lorsque celle-ci est prescrite¹⁶. Tous les actes médicaux sont en effet inscrits dans cette nomenclature, fixée en dernier lieu par un arrêté du 27 mars 1972, modifié à plusieurs reprises.

Que faut-il penser de ce bref exposé des fautes ?

¹² Civ. 20 mai 1936 : D.P., 1936. I 88, concl. Matter.

¹³ SAS CNO 10 janv. 1991; jurisprudence professionnelle des médecins T. II, pp. 148-152.

¹⁴ CE 15 déc. 1995 : JPM. T. II, p. 248, n°778.

¹⁵ CE 25 juin 1958, *Castanet* : Rec. p. 387.

¹⁶ CE 31 mai 1991 : BOM. déc. 1992.

1.1.2 Appréciation critique de la notion.

L'incrimination de tels agissements peut paraître sévère, surtout dans le cas du non-respect de la nomenclature, ces prétendues « *fautes* » pouvant en réalité s'avérer n'être que de simples erreurs.

Face à cette objection, on peut d'abord souligner qu'en vertu de l'adage « *nul n'est censé ignorer la loi* », **le praticien est présumé connaître la réglementation qui lui est applicable**, présomption renforcée par son statut de professionnel. Mais surtout, la jurisprudence montre qu'en pratique, **cette sévérité est nuancée par la mise en œuvre récurrente de repères**¹⁷, où celui de "mauvaise foi" joue un rôle central :

- La mauvaise foi, est établie lorsque les irrégularités commises ont en réalité permis au praticien **de percevoir des honoraires indus**¹⁸ : on peut alors parler de faute aggravée¹⁹.

Pour qualifier celle-ci, la section des assurances sociales a été conduite à introduire l'examen de critères dans ses règles de qualification :

- **Un critère quantitatif**, celui des « *fautes nombreuses et graves* »²⁰
- **Un critère qualitatif**, celui des orientations de l'acte, visant notamment à déterminer si le praticien a pu s'enrichir au moyen de semblables comportements.
- La faute simple, où aucune mauvaise foi du praticien n'a été relevée, bénéficie de l'amnistie -institution sur laquelle nous nous pencherons plus tard²¹.

S'il s'agit "véritablement" d'une erreur, il faut le mentionner à la décharge de la section des assurances sociales, le professionnel peut ne pas être sanctionné. C'est le cas des erreurs dues à une **mauvaise interprétation de la nomenclature** : si celle-ci est particulièrement floue, le juge est souvent indulgent²². Cependant la jurisprudence marque **une tendance nette à rejeter la qualification d'erreur, au bénéfice de celle de faute, lorsque l'acte litigieux est répété au moins deux fois**. Cette solution semble adéquate, puisqu'elle rejoint celle retenue par la jurisprudence pénale dans le cadre des délits d'habitude.

La fraude est plus difficile à établir.

¹⁷ Sur ce point, voir *Lhéritier M.*, préc.

¹⁸ SAS CNO 24 nov. 1978 : BOM. p. 389.

¹⁹ *Lhéritier M.*, *Les litiges opposant les caisses primaires aux praticiens libéraux*, précité.

²⁰ SAS CNO, 20 avril 1994 : BOM. p. 281.

²¹ A contrario, pour une exclusion de l'amnistie voir SAS CNO 13 nov. 1985 : BOM. p. 346.

²² SAS CNO, 8 sept. 1994 : BOM. p. 281.

1.2 Les fraudes.

En droit général, **une fraude est une action révélant chez son auteur la volonté de nuire à autrui, ou de tourner certains impératifs légaux** : elle suppose donc un élément matériel et un élément intentionnel. Pour l'essentiel, en droit de la sécurité sociale, la qualification repose sur l'évaluation de l'intention frauduleuse du médecin inculpé, évidemment délicate.

Dans un domaine où **les actions frauduleuses portent atteinte à la fois au malade et à la viabilité du financement des caisses**, la nécessité du contrôle nous semble justifiée, **le régime de l'assurance maladie étant peut être à même de favoriser les fraudes**, comme le relève Marc LHÉRITIER. La technique de l'assurance maladie repose en effet sur un système déclaratif : c'est le médecin qui remplit la feuille de soins, attestant des actes effectués. Celle-ci est présumée exacte et sincère, car un contrôle exhaustif paraît illusoire, compte tenu des moyens humains et matériels qu'il faudrait mettre en œuvre : la tentation de frauder est donc importante. Cette situation peut expliquer l'apparente sévérité des caisses de sécurité sociale qui, lorsqu'elles **ne peuvent démontrer la volonté frauduleuse du professionnel, se basent souvent sur la faute, notion voisine**, qui permet une condamnation plus aisée du praticien²³.

M. LHÉRITIER distingue deux types de fraudes, qualifiées par les juridictions, le premier portant sur l'auteur de l'acte, et le second sur la conformité de sa déclaration avec ses obligations administratives, distinction qui nous paraît pertinente au regard de la jurisprudence.

1.2.1 La fraude sur l'auteur réel de l'acte.

Pour fonder en droit son interprétation, le juge a choisi de privilégier le recours à **l'article 5 des dispositions générales de la nomenclature des actes professionnels** qui impose que **les soins de santé soient dispensés personnellement par le professionnel, qui doit se consacrer exclusivement à son patient**.

De multiples irrégularités sont constatées à travers ce double crible.

Sur une feuille de soins, le professionnel peut ainsi attester, sous son nom et sous sa signature, d'actes, qui ont en réalité été accomplis par une autre personne, qu'il s'agisse d'un

²³ Chabert G., *préc.*

confrère²⁴, voire d'une personne ne présentant pas la qualité requise pour effectuer ces actes²⁵. Les faits reprochés peuvent être ponctuels,²⁶ ou systématiques²⁷, voire caractéristiques d'une fraude organisée²⁸.

Souvent dénoncée par les praticiens, la sévérité des juridictions en la matière est cependant indissociable de la légitimité de leur contrôle : cette fraude est en effet constitutive d'un double préjudice, affectant la caisse et le patient, ce que ne manque pas de rappeler le juge (le médecin a trompé « *à la fois les malades et les caisses de sécurité sociale* »)²⁹.

En sanctionnant de tels agissements, les caisses « participent (donc) à la qualité des soins, à la sécurité des patients et à l'ordre public de la santé », comme le souligne justement M. LHERITIER. On peut transposer cette remarque à la sanction des fraudes administratives.

1.2.2 La fraude administrative.

Elle porte sur le moment ou sur la réalité de l'exécution de l'acte. Le médecin a, selon la jurisprudence, « *l'obligation de ne porter sur des documents de la sécurité sociale que des actes qui ont été réellement exécutés, à la date où ils l'ont été et de ne percevoir des honoraires qu'en rémunération d'actes qui ont été effectivement accomplis* »³⁰. Dans le cas contraire, il commet une fraude.

Apparemment bénigne, **la fraude avec prestation de l'acte, l'irrégularité ne portant que sur la date des soins**, illustre exemplairement cette catégorie : **l'article 11 de la première partie de la nomenclature** prévoit que, lorsque **plusieurs actes** nomenclaturés **sont effectués au cours d'une même séance** sur un même malade, **seul l'acte ayant le coefficient le plus important est inscrit tel quel, le second étant noté à 50% de son coefficient**. Dans le souci d'échapper à cette disposition, qui diminue sensiblement leurs honoraires, certains praticiens facturent deux actes différents, en réalité pratiqués au cours d'une seule et même séance, en attribuant à ces actes des dates fictives. « *Ce n'est pas le*

²⁴ SAS CNO, 22 fév. 1984 : BOM. p. 51.

²⁵ CE, 17 oct. 1994 num. 90 322.

²⁶ Quatre cas dans SAS CNO, 16 mai 1984 : BOM. p. 50.

²⁷ SAS CNO, 23 sept. 1997 : *Jurisprudence professionnelle des médecins*, T.III, p.153, n°248.

²⁸ SAS CNO, 19 fév. 1986 : BOM. p. 57.

²⁹ SAS CNO, 4 fév 1976 : BOM. p. 49.

³⁰ SAS CNO, 13 sept. 1984 : BOM. p. 41.

confort du patient qui entre ici en ligne de compte, mais la maximisation des honoraires », ainsi que le souligne M. LHÉRITIER, c'est pourquoi la section des assurances sociales rejette la plupart des arguments de défense. Il s'agit de fraudes, mais la qualification générique de « *fautes fraudes et abus* » est le plus souvent retenue³¹.

Là encore, un critère quantitatif est utilisé dans le jugement : le nombre d'irrégularités induit en effet le prononcé d'une sanction, lourde ou légère.

Mais plus souvent encore, la fraude consiste en la facturation d'un acte fictif. La notion d'acte fictif se déduit des dispositions du **code de déontologie médicale**, qui dispose dans son **article 53** que les honoraires « *ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués* ». A contrario, **l'acte médical est donc fictif lorsque le médecin facture des soins qu'il n'a pas réalisés et les atteste sur les feuilles de soins**. Les enquêtes diligentées peuvent alors révéler que les patients n'ont en réalité pas consulté³² ou sont décédés³³. Certains actes sont également facturés deux fois³⁴. La section des assurances sociales a pu relever jusqu'à 5600 actes fictifs pour un médecin³⁵, ce qui explique la nécessité d'un contrôle, et de sanctions exemplaires. La nature frauduleuse de l'acte fictif permet de poursuivre simultanément les praticiens devant les juridictions disciplinaires et pénales et auprès des commissions conventionnelles.³⁶

Certes, les médecins accomplissent parfois ces fraudes à la demande des assurés sociaux, dans un souci de ceux-ci d'être mieux remboursés, mais cette circonstance ne les exonère pas de leur responsabilité, car ces faits font peser des charges financières indues sur les caisses d'assurance maladie.

C'est également le cas des abus.

1.3 Les abus.

La notion d'abus paraît la plus imprécise. Elle semble recouvrir, selon Mme REBECQ, un « *critère d'excès, d'exagération* ». Selon le dictionnaire Larousse, il s'agit d'un « *usage*

³¹ SAS CNO, 5 nov. 1992 : BOM. p. 227 et SAS CNO, 16 mai 1990 : BOM. p. 176.

³² SAS CNO, 3 fév. 1994 : BOM. p. 276.

³³ SAS CNO, 20 fév. 1985 : BOM. p. 34.

³⁴ SAS CNO, 18 mai 1989 : BOM. p. 190.

³⁵ *ibid.*

³⁶ Pour une double poursuite, voir SAS CNO, 16 mai 1990 : BOM p. 177.

mauvais excessif ou injuste». Cette définition évasive ne peut-elle permettre, justement, des « abus » dans les poursuites ?

Le médecin est en principe seul juge de la thérapeutique à mettre en œuvre : c'est le principe de la liberté thérapeutique, consacré par le législateur³⁷, mais **ne pas abuser des prescriptions médicales a toujours été une obligation qu'impose au praticien le contrat médical**. En effet, le médecin manque à son obligation de soigner en science et conscience, selon la formule que l'on peut déduire de l'arrêt *Mercier*, déjà évoqué, tant par insuffisance que par excès de soins, ce que le professeur DUBOUIS rattache à la théorie générale de l'abus de droit.

Sur l'absence de définition de l'abus, les positions de la doctrine sont partagées. Brièvement :

- Certains auteurs justifient cette lacune par le fait que **la médecine ne peut se satisfaire d'une norme trop rigide**, le comportement du praticien devant s'apprécier eu égard à la pathologie et aux caractéristiques médicales du patient.
- Pour d'autres, c'est la notion d'abus qui est la plus contestable, et qui malmène, dans ce contentieux, le principe constitutionnel de la légalité des délits et des peines. La définition claire et précise des interdits et des peines attachées à leur transgression permet aux citoyens de délimiter leur champ d'action. Ici, l'imprécision des interdits posés, spécialement du concept d'abus ne permettrait pas au contentieux du contrôle technique de garantir ce principe et la sanction tomberait sans autre forme d'avertissement.

À notre sens, **l'abus mérite sans conteste un contrôle et une sanction exemplaires**, pour ne pas tomber dans une dérive dénoncée par nombre d'auteurs ; cependant, **le pouvoir d'appréciation laissé aux juges, loin de placer les professionnels de santé dans un contexte d'insécurité, permet de prendre en considération les circonstances de l'espèce, et de moduler les sanctions de façon adéquate**. La sanction de l'abus repose sur l'idée que le système d'assurance maladie reconnaît comme principe d'exercice de la médecine libérale le paiement à l'acte³⁸, ce qui, pour plusieurs économistes de la santé présente un risque certain, consistant en la tentation pour le médecin de créer une consommation de soins sans justification thérapeutique.³⁹ Il existe en effet une « *asymétrie informationnelle* », pour

³⁷ Loi du 3 juillet 1971.

³⁸ Art. L162-2 CSS.

³⁹ Béjean : *Nomenclature et régulation médicalisée en médecine ambulatoire*, Laboratoire d'analyses et de techniques économiques 9/1993 n 9309, Dijon, p. 18.

reprendre l'expression de M. BEJEAN, entre le médecin, par hypothèse savant, et le malade, ignorant de ses besoins réels et de la qualité de soins qu'on lui propose - asymétrie susceptible d'être exploitée par le praticien qui, selon les termes de M. le professeur SAVATIER considère alors « *la clientèle comme un fonds à exploiter, dont il importe de retirer le revenu minimum pour rentrer le plus rapidement dans le capital consacré à son acquisition*⁴⁰ ». Le médecin sort ici du cadre traditionnel de sa mission thérapeutique pour entrer dans une logique de lucre, **instrumentalisant l'être humain, qui n'est plus un malade à soulager et à guérir, mais un véritable fonds de commerce**. Il s'agit de pratiques choquantes, et qui plus est strictement interdites **puisqu'elles portent atteinte à l'indisponibilité du corps humain**, reconnue par **l'article 16-1 du code civil** qui dispose « *chacun a droit au respect de son corps (...) le corps humain, ses éléments et ses produits ne peuvent faire l'objet d'un droit patrimonial.*»

Selon les cas, la section des assurances sociales fera preuve d'une sévérité plus ou moins grande.

Ce qui est sanctionné, jusqu'à présent, c'est l'excès de soins sur des patients identifiables, mais une partie de la doctrine plaide pour une sanction plus générale de l'abus d'activité.

1.3.1 L'abus sur un assuré social.

Certes, le médecin décide de la thérapeutique à employer, cependant, sa liberté doit s'inscrire dans le respect des autres règles déontologiques et légales organisant l'activité médicale, et notamment **l'article L. 162-2-1 du Code de la sécurité sociale** qui dispose que les médecins « *sont tenus(...) d'observer(...) la plus stricte économie* ». **On retrouve là encore le leitmotiv de la liaison entre les intérêts financiers de l'assurance maladie et la protection de la santé des patients, qui ne cesse de préoccuper tant le législateur que le juge...**

L'abus peut prendre différentes formes, exposées par la jurisprudence, et classées par Mme REBECQ :

⁴⁰ *Etude juridique de la profession libérale*, thèse 1946, Igdj. 1947, p. 363.

1.3.1.1 L'abus de soins ou d'actes.

L'abus de soins consiste à **multiplier sur un patient des consultations, des visites ou des examens, sans réelle nécessité thérapeutique**. Exploitant la crédulité de l'assuré, mettant parfois en péril sa sécurité, en dilapidant parallèlement les fonds de la sécurité sociale, **l'abus de soins est particulièrement préjudiciable à l'assurance maladie en même temps que dangereux pour le patient**.

L'abus est d'abord nuisible à l'assuré qui consulte. Cette infraction se caractérise par l'absence de finalité thérapeutique, et **le fait que cette inutilité soit connue du médecin**, et exploitée par celui-ci : il s'agit pour lui de **tirer un profit matériel de l'acte à l'insu du patient**. Cela affecte ainsi, à notre sens, toute la théorie du contrat médical, puisque le **consentement du patient est vicié**, en effet, celui-ci ignore, en général, que les examens auxquels il se soumet n'ont pas pour but de le soigner, sinon de le guérir. Or, c'est à un véritable soin, pratiqué en conscience, que le patient est présumé avoir consenti. **Lorsque le médecin se livre à un tel abus, le contrat qui le lie au malade, ainsi affecté d'un vice du consentement, perd sa validité, en vertu de la théorie générale des contrats, exposée dans les articles 1108 et suivants du Code civil**. Au-delà de ces considérations théoriques, il faut noter qu'un tel abus est souvent constaté sur des malades relativement fragilisés, les personnes âgées par exemple, notamment celles qui sont accueillies dans des établissements de thalassothérapie ou des maisons de retraite. M. LHERITIER fait ainsi état de pratiques immorales, consistant, pour certains dirigeants de ces établissements, à **passer des accords avec les praticiens, en monnayant à ceux-ci une exclusivité médicale**, que les médecins ont tôt fait de rentabiliser en multipliant les actes de soins sur les pensionnaires. On comprend, dans ce cas de figure, la sévérité des juges.

Il existe des hypothèses d'abus effectués en **collusion avec l'assuré**, lorsque le praticien, par **complaisance**, facture à celui-ci des actes pris en charge par la sécurité sociale, alors que ceux réellement effectués ne l'étaient pas, mais cette hypothèse est marginale. Le fait d'avoir majoré le nombre de consultations portées sur la feuille de soins, de manière à permettre à l'assuré de ne pas supporter les conséquences d'un dépassement d'honoraires s'inscrit également dans ce type de pratiques. **La sollicitation du patient, on le comprend, ne justifie pas une telle attitude, puisque, en tout état de cause, elle porte atteinte à l'équilibre financier des caisses de sécurité sociale**.

L'abus est donc caractérisé de façon concrète, en fonction du nombre d'actes effectués et de leur justification médicale, au regard notamment des fameuses « *données acquises de la science* »⁴¹. Ainsi, des actes nombreux et rapprochés peuvent trouver une justification pour un malade présentant des **troubles psychologiques**⁴², ou lorsqu'il s'agit de la mise en œuvre d'une technique de soins appropriée et connue⁴³.

Un excès de prescriptions médicales peut également constituer un abus.

1.3.1.2 L'abus de prescriptions.

L'abus recouvre aussi la multiplication de prescriptions, telle qu'elle ne peut se justifier par l'état de santé d'un patient « *et dont le caractère excessif, voire démesuré dépasse l'entendement et démontre une absence de discernement difficilement excusable pour un homme de l'art.* »⁴⁴

L'abus de prescriptions expose parfois le patient à un risque. L'assuré, le plus souvent, n'est pas informé de ce risque, et du faible bénéfice qui en résultera : c'est le cas, par exemple, de la prescription répétée d'examen radiologiques, dont les dangers sont connus du monde médical.⁴⁵ Il est évident que **l'assurance maladie, à qui échoit le remboursement des frais avancés par le patient, est également lésée par ce type de manœuvres.**

Le patient subit de la même manière un préjudice lorsque le praticien pratique des honoraires abusifs.

1.3.1.3 L'abus d'honoraires.

La pratique habituelle des dépassements d'honoraires par un médecin non-inscrit sur la liste de notoriété et qui ne peut justifier ces dépassements par une exigence particulière du malade est sanctionnée⁴⁶ ; en revanche, un praticien qui réclame le paiement de soins prodigués à ses proches ne se rend pas coupable d'un abus⁴⁷.

Le dépassement d'honoraires est particulièrement gênant pour l'assuré, qui ne se verra pas rembourser la totalité des frais médicaux exposés.

⁴¹ SAS CNO, 13 sept. 1984 : BOM. p. 42.

⁴² SAS CNO, 4 nov. 1993 : Jurisprudence professionnelle des médecins, T. II, n°295 p. 98.

⁴³ SAS CNO, 7 fév. 1990 : BOM. p. 175.

⁴⁴ Rebecq G., *Contentieux du contrôle technique*, Jurisclasseur Litec, Traité de protection sociale, fasc.788.

⁴⁵ SAS CNO, 22 mai 1986 : BOM. p. 35.

⁴⁶ CE 1 juil. 1970, *Chanot* : Rec. p. 458.

⁴⁷ CE 7 juil. 1993, *Vilain* : RJS 10/1993, n°1035, 1^è espèce.

Si l'abus sur un ou plusieurs assurés sociaux est aujourd'hui relativement bien appréhendé par la jurisprudence, en raison de ses effets doublement pervers, l'activité abusive d'un praticien, en revanche, n'est à ce jour pas sanctionnée dans sa globalité.

1.3.2 L'abus d'activité du praticien.

Il n'existe aucune norme d'activité référente, limitant le nombre d'actes autorisés. Une nouvelle incrimination, fondée sur un abus de soins général et visant à sanctionner le praticien dispensant un très grand nombre de soins, sur de nombreux patients et au cours d'une longue période supposerait la définition d'une telle norme. Cela suscite des controverses doctrinales, et de multiples débats au sein de la profession médicale : le syndicat de la médecine générale, en mars 2000 a ainsi lancé un appel contre « *la dictature du néolibéralisme en médecine* », **dénonçant les dangers de la quête du profit** par les professionnels.⁴⁸ Dans le même axe, pour M. LHERITIER, il s'agit d'un abus sanctionnable, et même d'« *une véritable faute, tant à l'égard du patient* », qu'un « *médecin stakhanoviste* » accueillera peut-être surmené et épuisé, « *que de l'assurance maladie* », exploitée.

L'abus d'activité, à l'heure actuelle, n'est cependant pas sanctionné par la section des assurances sociales, et ceci nous paraît légitime, si le contentieux du contrôle technique a bien pour double objectif, et pour justification, la protection tant des malades que des finances de la sécurité sociale. En effet, si ces dernières sont mises à mal par le remboursement systématique des frais occasionnés par une très grande activité médicale, l'importance de cette activité ne semble pas nécessairement devoir induire une présomption de mauvaise qualité de soins. Le taux d'activité paraît, par ailleurs, souvent lié à des circonstances ou à un environnement particuliers. Ainsi, en ce qui concerne les praticiens établis en milieu rural, ou, plus largement, dans une région relativement désertée par le monde médical, ou un village caractérisé par une population âgée, il semble impossible de se baser sur le comportement d'un médecin standard. On sait, de plus, que de multiples départements, notamment dans le Nord de la France, connaissent depuis plusieurs années une pénurie de médecins, ce n'est donc pas une hypothèse d'école.

Lorsque les faits à l'origine de la saisine sont avérés, le juge peut être amené à prononcer une sanction.

⁴⁸ Lhéritier M., *précité*.

2 Les sanctions des « fautes, fraudes et abus ».

La qualification des comportements réprimés par l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale, étant, comme nous l'avons déjà précisé, d'origine essentiellement jurisprudentielle, il apparaît indispensable de se pencher sur le fonctionnement et la composition de la juridiction compétente pour sanctionner ces « fautes, fraudes et abus » avant d'analyser les sanctions en elles-mêmes.

2.1 La juridiction compétente.

Institué en 1935 sous la forme d'instances disciplinaires propres au régime des assurances sociales, et d'abord confié aux conseils de famille syndicaux en première instance, et à la commission supérieure de contrôle des assurances sociales en appel⁴⁹, **ce contentieux a été inséré à la libération au sein des ordres professionnels⁵⁰** et figure aujourd'hui au nombre des contentieux spéciaux de la sécurité sociale

Ce sont les **juridictions ordinales ou assimilées qui disposent de la compétence pour juger des litiges relevant de ce contentieux, mais les représentants de la sécurité sociale y occupent une place privilégiée. La procédure a en effet la particularité de placer le médecin face à l'assurance maladie, comme nous le préciserons, et non face à l'Ordre lui seul, comme dans le cadre de la procédure disciplinaire classique**, organisée par les **articles L. 382 s. du Code de la santé publique**. Cela se justifie puisque **le contentieux du contrôle technique vise, non la défense de la profession, mais celle des intérêts patrimoniaux de la sécurité sociale, en même temps que celle des patients. C'est la raison pour laquelle les caisses peuvent agir sans avoir à justifier d'intérêt**, leur rôle se rapprochant alors, comme le note M. LHERITIER, de celui d'associations de consommateurs agréées, **agissant alors en lieu et place des assurés, pour protéger l'institution même de l'assurance maladie.**

L'existence des juridictions du contentieux du contrôle technique, dans leur forme actuelle, est critiquée. Le professionnel de santé verrait, si l'on en croit les détracteurs du système, ses droits bafoués en raison de la partialité des juges, véritables agents des caisses

⁴⁹ D. -L 28 octobre 1935 : JO 22 mars 1936, p. 3233.

⁵⁰ L. n° 63-1293 du 21 décembre 1963 : JCP'G 1964, III, 29687.

de sécurité sociale. Pour pouvoir comprendre, puis parer à cette attaque, il est nécessaire de rappeler les principes de compétence et de composition de ces juridictions.

2.1.1 Identification et composition des juridictions compétentes.

Les juridictions compétentes sont, selon l'article L. 145-1 du Code de la sécurité sociale, dans sa dernière version issue de la loi du 4 mars 2002⁵¹ :

- En premier chef, la section des assurances sociales de **la chambre disciplinaire de première instance**.
- En appel, la section des assurances sociales **du conseil national de l'Ordre**.
- Le pourvoi en cassation est formé devant le **Conseil d'Etat**, dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision.

En principe, ce recours n'a pas d'effet suspensif, à moins que le juge de cassation ne décide d'accorder le sursis à exécution, dans les conditions classiques de celui-ci, c'est-à-dire si une exécution immédiate risque de porter une atteinte difficilement réparable et si les moyens de droit invoqués paraissent suffisamment sérieux pour justifier une annulation de la décision.⁵²

Les articles L 145-7-1 et s. du même code sont relatifs à la composition de ces organes.

La section de première instance est présidée par **un membre des tribunaux administratifs ou des cours administratives d'appel**.

Elle comprend également :

- **Deux assesseurs** inscrits au tableau du **conseil de l'Ordre des médecins**.
- **Deux assesseurs** représentant les **organismes de sécurité sociale** et nommés par l'autorité compétente de l'Etat, depuis la loi du 4 mars 2002. Il s'agit de **deux praticiens-conseils**.

La section nationale est présidée par **un conseiller d'Etat**.

Elle comprend également :

⁵¹ Loi n° 2002-303, du 4 mars 2002.

⁵² CE, 12 janv. 1987, *M'Bappe*: RDSS 1987, P.358, note L. Dubouis.

- **Deux membres du conseil**, désignés parmi les membres ou anciens membres de la **chambre disciplinaire nationale**,
- **Deux praticiens-conseils des caisses d'assurance maladie**.

L'article L. 145-7-2 du Code de la sécurité sociale, modifié par l'ordonnance d'avril 1996, adjoint des suppléants au conseiller d'état et prévoit la nomination de deux présidents suppléants, au niveau régional. Dans l'esprit des auteurs de ce texte, il s'agissait **d'éviter l'engorgement** dû à l'augmentation de l'activité de ces sections.

En effet, M. LHÉRITIER note une importance croissante de ce contentieux, avant 1996 :

- En 1967, 50 décisions avaient été rendues dans ce cadre.
- En 1995, on pouvait en compter 944 !
- L'entrée en vigueur de l'ordonnance, selon le docteur CHANUT, directeur-adjoint de la CRAM, n'a pas modifié **de manière significative le volume d'actions engagées**. Le nombre des poursuites semble cependant aujourd'hui en diminution, du moins dans la région PACA, même si l'année 2002 a été riche en contentieux, selon le professeur ZATTARA, président du Conseil régional de l'Ordre, et le docteur CHEF, assesseur :
 - En 2002, on en comptait 29.
 - Il y aurait 24 affaires à juger pour 2003.

Le taux d'appel est élevé et se situe autour de **35 %** : les appels sont le plus souvent interjetés par les médecins⁵³, et aboutissent souvent à une aggravation des peines. Doit-on en conclure que la section des assurances sociales favorise systématiquement les organismes d'assurance maladie, ou bien que la saisine de ce juge soit en principe réservée à des affaires sérieuses et à des fautes avérées ? La question reste ouverte.

Les articles R. 145-18 et s. du Code de la sécurité sociale prévoient une **grande variété d'autorités de saisine** et notamment :

- les organismes d'assurance maladie,
- les caisses de mutualité sociale agricole et autres organismes assureurs,

⁵³ Lhéritier M., *précité*.

- les syndicats de praticiens,
- les conseils départementaux de l'ordre,
- les médecins-conseils et les directeurs des affaires sanitaires et sociales.

La section des assurances sociales est le plus souvent saisie au vu d'enquêtes mises en œuvre après les délations de confrères médecins, ou à la suite des révélations d'un contrôle de routine. Les particuliers ne peuvent bénéficier de la saisine directe, mais la possibilité de porter plainte auprès du conseil départemental de l'Ordre leur est ouverte, une procédure pouvant par la suite être diligentée par cet organe. Beaucoup d'auteurs jugent cette procédure imparfaite, car la présence d'un avocat n'est pas obligatoire ; du moins est-elle écrite et la décision rendue, motivée. Ce serait cependant nous éloigner des limites imparties par le sujet que d'évoquer plus amplement des questions procédurales : pour information, ce point sera donc développé en annexe.

Les critiques concernant la composition des juridictions du contrôle technique ne manquent pas, quant à elles, d'une certaine logique, mais nous serons également amenés à les réfuter.

2.1.2 Un système imparfait ?

D'aucuns n'hésitent pas à qualifier le système d'« *illégitime* » : c'est le cas de M. CHABERT, qui estime que divers principes garantissant une justice de qualité seraient bafoués dans le cadre de ce contentieux. La composition des juridictions compétentes méconnaîtrait ainsi le droit à un procès équitable, consacré par **l'article 6 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales**, qui suppose des garanties constitutionnelles et légales protégeant les juges contre les pressions extérieures⁵⁴. Précisons à titre liminaire que l'application de **l'article 6** susvisé est possible dans le cas du contentieux du contrôle technique. Le droit à un procès équitable n'est pas un droit universel, et ne trouve à s'appliquer que dans le cadre de contestations sur des droits et obligations à caractère civil, ou sur le bien fondé d'une accusation en matière pénale. **La jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme admet cependant l'assimilation d'une procédure disciplinaire à une procédure pénale**, si les sanctions qui peuvent être prononcées par le juge présentent un certain degré de gravité⁵⁵, ou dès lors que la décision rendue est susceptible d'affecter l'exercice de l'activité professionnelle de

⁵⁴ Chabert G., *Mémoire préc.*

⁵⁵ CEDH, 28 juin 1984, *Campbell et Fell*.

l'intéressé⁵⁶ : c'est le cas du contentieux du contrôle technique, comme nous aurons l'occasion de le développer. En l'espèce, pour reprendre M. CHABERT, la section des assurances sociales comprend en effet comme assesseurs deux salariés de l'une des parties - en l'occurrence, les caisses - ces praticiens-conseils étant de plus nommés par une autorité étatique... **On pourrait donc douter de l'indépendance des juges par rapport au pouvoir exécutif, comme de l'impartialité objective de la juridiction...** Faut-il cependant aller aussi loin ?

Pour notre part, en ce qui concerne la composition de ces sections, nous retiendrons surtout que **les professionnels de santé libéraux sont particulièrement bien représentés, avec autant de sièges que les organismes de sécurité sociale.** De plus, comme nous l'avons déjà précisé, parmi les assesseurs liés aux caisses d'assurance maladie se trouvent des **médecins-conseils, dont la présence garantit en principe aux praticiens de ne pas voir leur dossier maladroitement instruit** et leur affaire jugée par une personne ignorante des réalités de la profession médicale, ainsi que le rappelle H. ABDOU SOUNA. Par ailleurs, le Conseil d'Etat s'est récemment prononcé sur la question de l'impartialité, jugeant que *« eu égard à la nature des contestations portées(...) aux conditions de désignation des assesseurs ainsi qu'aux modalités d'exercice de leurs fonctions qui les soustraient à toute subordination hiérarchique, les membres de cette juridiction bénéficient de garanties leur permettant de porter, en toute indépendance, une appréciation personnelle sur le comportement professionnel des médecins. »*⁵⁷

Les lacunes de l'article L. 145-1 du Code de la Sécurité sociale ne peuvent en effet se justifier que par la confiance accordée au juge par le législateur : confiance en sa sagesse, mais aussi en son objectivité, qui lui permet de moduler les sanctions applicables en fonction des circonstances de chaque espèce.

2.2 Une appréciation critique du système des sanctions.

La section des assurances sociales ne peut prononcer que les peines prévues par la loi, en vertu de l'adage *« nulla poena sine lege »*, applicable au droit disciplinaire⁵⁸. Le Code de la sécurité sociale, à cette fin, assortit le non-respect de certaines règles par les praticiens de

⁵⁶ CEDH, 23 juin 1981, *Le Compte, Van Leuven et de Meyere contre Belgique*, Série A, n°43.

⁵⁷ CE 19 oct.2001 n°214112, *M.G.*

⁵⁸ Art. L. 145-2 et R. 145-26 CSS, ordonnance 96-345 du 24 avril 1996, art 25-1.

diverses **sanctions disciplinaires**. Si les infractions susceptibles de donner lieu à l'une de ces peines sont restées floues, le législateur a entendu établir clairement la définition des sanctions, dont les contours sont précisément tracés : **aucune autre mesure ne peut être appliquée, qu'elle tempère ou aggrave la peine.** ⁵⁹ Le juge reste cependant libre de prononcer l'amnistie.

Ces sanctions sont distinctes de celles que peuvent encourir les praticiens pour les mêmes faits devant les juridictions de droit commun.

- Un médecin peut ainsi **voir sa responsabilité civile engagée pour abus de prescription médicale.**⁶⁰
- Il peut être **sanctionné pénalement en cas de délivrance de faux certificats, en vertu des articles 441-1 et suivants du Code pénal.**

Ces **sanctions disciplinaires peuvent être amnistiées**, à moins que les comportements sanctionnés ne constituent un manquement à l'honneur, à la probité et aux bonnes mœurs, l'appréciation de **la section des assurances sociales sur ce point dépendant entièrement des circonstances de l'espèce**. On peut cependant relever quelques lignes directrices dans la démarche du juge : ainsi, en principe, **la multiplication des actes sans nécessité thérapeutique est considérée** par la section des assurances sociales **comme un manquement à l'honneur et à la probité**, et par conséquent, **exclue du bénéfice de l'amnistie**. La règle de l'exercice personnel des soins relevant des règles fondamentales de la profession, les fraudes concernant l'auteur de l'acte présentent également le caractère de manquement à l'honneur et à la probité et ne peuvent être amnistiées⁶¹, mais cela n'est pas toujours le cas : par exemple, lorsqu'il s'agit de faits limités et pour lesquels le praticien n'a perçu aucun honoraire, la section des assurances sociales peut faire preuve de clémence⁶². Le nombre d'irrégularités induit le prononcé de l'amnistie : dès lors que les fraudes présentent *« un caractère répétitif »*⁶³, il ne peut s'agir d'actes accidentels ou involontaires, susceptibles d'être amendés. Cependant, la faible quantité d'irrégularités exclut tout de même ce prononcé lorsque le praticien cherche à se soustraire au contrôle de la caisse⁶⁴. **Cela semble justifié, puisque cette attitude suppose une mauvaise foi certaine.** La demande d'amnistie doit être

⁵⁹ SAS CNO., 8 avr. 1992 : BOM. déc. 1993, p.210.

⁶⁰ Soc., 2 novembre 1970 : Droit social 1971, p.498.

⁶¹ SAS CNO, 26 avril 1979 : BOM. p. 20.

⁶² CE, 20 mai 1996 : BOM. p. 183.

⁶³ SAS CNO, 2 fév. 1994 : BOM. p. 279.

⁶⁴ CE, 1 mars 1972 : BOM. p. 541.

formulée dans l'année suivant la publication de la loi portant amnistie ou de la condamnation définitive, devant la juridiction qui a rendu la décision. Si elle est prononcée, l'amnistie efface entièrement la sanction. Elle fait également obstacle à ce que toute peine soit prononcée sur le fondement des faits amnistiés et met les frais de l'instance à la charge de la partie qui a déclenché la poursuite⁶⁵. Bien évidemment, l'amnistie rend sans objet tout appel ou pourvoi concernant la décision effacée et exclut tout renvoi de l'affaire du Conseil d'Etat vers les juges du fond.

Ces généralités une fois rappelées, nous étudierons plus précisément le régime des sanctions. Par opposition à l'imprécision de la qualification des « *fautes, fraudes et abus* », **les auteurs de l'ordonnance du 24 avril 1996 ont voulu compléter et préciser la liste des sanctions susceptibles d'être prononcées**. Ce texte renforce la législation antérieure sur certains points, tout en l'allégeant sur d'autres. **La section des assurances sociales dispose cependant d'un important pouvoir d'appréciation, dans le choix de la sanction, et dans la mise en œuvre de celle-ci.**

2.2.1 Des sanctions renforcées.

Après avoir énuméré le panel des sanctions dont dispose la section des assurances sociales, nous nous interrogerons sur leur bien fondé.

2.2.1.1 Exposé des sanctions.

Avant 1996, trois sanctions pouvaient être prononcées par la section des assurances sociales :

1. **l'avertissement**,
2. **le blâme** (avec ou sans publication),
3. **l'interdiction** (temporaire ou permanente) de donner des soins aux assurés sociaux.

Cette dernière sanction avait des conséquences très sévères, encore aggravées par le fait que le praticien condamné à une interdiction définitive de donner des soins aux assurés sociaux ne pouvait être relevé de cette incapacité. Le Conseil d'Etat, de plus, a apprécié cette notion de manière extensive, en considérant qu'elle visait à interdire de prodiguer des soins à toute personne ayant la qualité d'assuré social, quel que soit son régime d'affiliation⁶⁶ : le

⁶⁵ CE, 24 mai 1957, *Chambre syndicale des médecins de la Seine* : Rec. p. 346.

⁶⁶ CE., 23 févr.1951, *Araf* : Rec. p.110.

professionnel se voyait donc, en pratique, totalement privé du droit d'exercer la médecine! L'ordonnance de 1996 a permis de tempérer cette sévérité.

Au-delà de ces sanctions, il existe des incapacités attachées à celles-ci : **le praticien condamné ne peut plus siéger au conseil de l'Ordre**. Lorsqu'un **avertissement** ou un **blâme** est prononcé, cette **inéligibilité est d'une durée de trois ans**. Dans le cadre d'une **interdiction de soins**, ou d'une **condamnation à la répétition** de sommes indûment perçues, elle est **prononcée à titre définitif**, sachant que le praticien peut en être relevé par une décision de l'organe qui a prononcé la sanction, trois ans après ce prononcé. Si sa demande est rejetée, le médecin pourra en présenter une seconde après un nouveau délai triennal⁶⁷

Aujourd'hui l'éventail des sanctions est élargi par l'article L. 145-2 du Code de la sécurité sociale, tel que modifié par l'ordonnance précitée. Les nouvelles modalités de mise en œuvre de ces peines permettent de donner toute son efficacité à la répression.

Ce texte prévoit notamment le **remboursement à l'assuré, en cas d'abus d'honoraires, du trop-perçu, ou le reversement aux organismes d'assurance maladie du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des autres sanctions énumérées**. Auparavant, le remboursement du trop perçu n'était pas formellement reconnu comme une sanction, et seul l'assuré pouvait en bénéficier. **En modifiant cet état de fait, l'ordonnance met ainsi fin à la jurisprudence de la Cour de cassation, qui excluait tout remboursement aux caisses**⁶⁸. La Haute Cour estimait en effet que ce remboursement, constitutif d'une sanction financière, serait alors venu s'ajouter à la peine disciplinaire prononcée par la section des assurances sociales, établissant ainsi **une double sanction**, pratique déjà condamnée par le Conseil d'Etat⁶⁹. Cette disposition de l'ordonnance satisfait ainsi une partie de la doctrine : en 1975 déjà, certains auteurs, dont M. le professeur DUBOIS, plaidaient pour que les juridictions ordinaires soient fondées à prononcer, en même temps que la sanction disciplinaire, la condamnation du médecin à rembourser à la sécurité sociale les prestations versées au titre des prescriptions abusives, pour permettre aux caisses de rentrer plus vite dans leurs fonds⁷⁰.

L'ordonnance de 1996 permet également à la section des assurances sociales de **décider de la publication d'une décision d'interdiction du droit de donner des soins, ce**

⁶⁷ Art. L. 145-2-1, al.3 et 4 CSS.

⁶⁸ Soc., 1 octobre 1992, *CPAM de la Corse du Sud contre Melle Lefur*, RJS 11/92 n° 1301.

⁶⁹ CE 10 juin 1993, *CPAM de la région de Dieppe, Ausina et autres* : RJS 10/1993, n°1036.

⁷⁰ Dubouis L. *Les obligations du médecin à l'égard de la sécurité sociale*, préc.

qui est susceptible d'avoir un effet dissuasif. On peut regretter, à l'instar de Mme REBECQ, que les modalités relatives à cette publication ne soient pas visées.

Ces sanctions sont-elles proportionnées aux faits ?

2.2.1.2 Des sanctions disproportionnées ?

Certains juristes, dont M. CHABERT, évoquent la disproportion des sanctions disciplinaires par rapport aux faits reprochés, disproportion malmenant l'article 8 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen, qui dispose : « *la loi ne peut établir que des peines strictement et évidemment nécessaires* ». Les sanctions attachées aux « *fautes, fraudes et abus* » des médecins, telles qu'établies par le législateur, sont certes sévères, mais le juge parvient à tempérer cette sévérité, en modulant les peines selon les circonstances.

La disproportion des textes.

Si l'on s'arrête au laconique exposé des peines énoncées par l'article L. 145-2 du Code de la sécurité sociale, on peut effectivement douter du bien-fondé de celles-ci, au regard de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Il est vrai que **ce principe constitutionnel de proportionnalité ne s'applique que dans le cadre de sanctions pénales**, cependant, les peines prononcées au titre du contentieux du contrôle technique sont parfois si lourdes **qu'elles peuvent avoir des conséquences presque aussi invalidantes qu'une mesure pénale** : le praticien encourt ainsi une sanction morale, mais aussi économique, lorsque est prononcée l'interdiction de prodiguer des soins aux assurés sociaux - qui, telle qu'interprétée par le Conseil d'Etat s'apparente en effet à une interdiction d'exercer la médecine ainsi qu'une perte de réputation auprès de la clientèle. La faute la plus insignifiante serait donc susceptible de compromettre la carrière d'un professionnel de santé : on comprend alors l'indignation de M. CHABERT...

Le rôle modérateur de la jurisprudence.

Le rôle dévolu au juge permet toutefois de nuancer cette disproportion. Puisque **les articles L. 145-1 s du Code de la sécurité sociale, n'exigent aucune correspondance entre une infraction et une peine, la fixation de la sanction dépend totalement des circonstances de l'espèce**. La gravité des faits reprochés est, bien sûr, évaluée : **lorsqu'un abus est avéré, l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux est souvent**

prononcée, notamment **dans le cas d'interventions chirurgicales contestable**. La section des assurances sociales cherche alors à protéger les intérêts de la santé publique, puisque dans ce cas **l'acte du médecin se rapproche de l'incrimination pénale de coups et blessures volontaires**. L'interdiction de prodiguer des soins, cependant, n'est pas systématique, puisque d'autres facteurs entrent en ligne de compte, notamment la tolérance ou l'inertie administrative des caisses de sécurité sociale. Par exemple, l'abus de prescriptions pourra n'être pas retenu, ou donner lieu à une peine légère, lorsque le service médical n'a pas refusé les demandes d'ententes préalables⁷¹.

La nouvelle réglementation issue de l'ordonnance de 1996 rééquilibre également cette proportionnalité, dont M. CHABERT se fait le chantre.

2.2.2 Des sanctions allégées.

L'ordonnance susmentionnée permet d'alléger le régime des sanctions. En effet « *afin de mieux permettre (à la section des assurances sociales) de remplir ses missions* », le juge a la possibilité d'assortir les peines provisoires d'un sursis. Le non-cumul des sanctions disciplinaires est également prescrit.

2.2.2.1 Le sursis.

L'article L. 145-2-3° du Code de la sécurité sociale prévoit que l'interdiction de donner des soins peut être assortie du **sursis, pour tout ou partie de l'interdiction** : dans ce cas, elle est **réputée non avenue en l'absence de toute faute suivie d'une sanction au cours des cinq ans suivant la notification de la sanction** ⁷² ; à contrario, le **sursis peut être révoqué en cas de récidive, la section des assurances sociales disposant à cet égard d'un pouvoir souverain d'appréciation**.

La nouvelle sanction susceptible d'entraîner la révocation du sursis doit-elle être immédiatement exécutoire, ou peut-elle être elle-même assortie d'un sursis ? Les textes législatifs ne le précisent pas : face à cette lacune, **Mme REBECQ considère que le prononcé de toute sanction, exécutoire ou non, peut avoir pour effet de faire échec au sursis.**⁷³

La possibilité de prononcer un sursis permet une répression plus nuancée, et évite de compromettre les carrières de jeunes praticiens, ayant transgressé les interdits en raison de

⁷¹ SAS CNO, 2 février 1995 : BOM. p. 519.

⁷² Art. L 145-2 al. 4.

⁷³ Rebecq G., *La prescription médicale* : PU. Aix-Marseille, p.399, n°786 s.

leur inexpérience, comme le note M. LHERITIER. Encore une fois, tout ceci est affaire d'espèce, le prononcé du sursis n'étant jamais de droit.

Toujours dans un souci d'allègement, l'ordonnance précitée limite le cumul des sanctions prononcées au titre de ce contentieux avec une sanction ordinale ou avec une mise hors convention : la section des assurances sociales ne dispose là d'aucune marge de manœuvre.

2.2.2.2 La règle du non-cumul des sanctions disciplinaires.

Sous l'empire de l'ancienne réglementation, le cumul des sanctions disciplinaires classiques avec les peines attachées aux « *fautes, fraudes et abus* » n'était pas proscrit. La latitude alors laissée aux juges, loin de garantir ici la sécurité des professionnels de santé, les laissait dans l'incertitude quant aux conséquences de leurs actes, et générait une importante inégalité entre ceux-ci. Depuis 1996, pour pallier aux imperfections de l'ancien système, l'article L. 145-2 du Code de la sécurité sociale stipule que **lorsque des juridictions différentes concluent à des sanctions distinctes pour les mêmes faits, seule la plus forte peut être mise à exécution**. La mise en œuvre pratique de cette réforme reste néanmoins laborieuse.

Les tares de l'ancienne réglementation.

Etant donné le **principe d'indépendance des poursuites disciplinaires, plusieurs sanctions pouvaient être prononcées pour un même fait**, constitutif à la fois d'une faute disciplinaire - sanctionnée par la section disciplinaire de l'Ordre- et d'une faute, d'une fraude ou d'un abus relevant du contentieux du contrôle technique- sanctionné par la section des assurances sociales. **Ce cumul était vivement condamné par la doctrine** comme contraire au principe « *non bis in idem* »⁷⁴, d'autant plus **que le pouvoir d'appréciation du juge avait, contribué à entretenir la confusion**. Le Conseil d'Etat avait ainsi reconnu la possibilité de fixer la date d'effet de la seconde sanction à l'expiration de la première, ce qui pouvait aboutir à une sanction très disproportionnée par rapport à la faute commise⁷⁵. A contrario, il était également loisible au juge de n'infliger aucune sanction lorsqu'une peine pénale aux effets similaires avait déjà été prononcée par une juridiction répressive.⁷⁶ **On pouvait ainsi se trouver face à deux sanctions totalement différentes, bien que portant sur des faits similaires.**

⁷⁴ Terquem, *Rapport d'étude sur la réforme du conseil de l'ordre des médecins*, janvier 1991, p 12 et s.

⁷⁵ CE, 7 déc. 1984, *Subrini* : Rec. p. 411.

⁷⁶ CE, 24 juillet 1987, *Conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Ariège* : Rec. p. 916.

L'ordonnance de 1996, sur ce point, tend donc à améliorer la cohérence entre les décisions disciplinaires, et à minimiser les risques de double peine, puisque l'article L 145-2 dispose : « *Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 423 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.* » Cependant, des incertitudes demeurent, liées à l'imprécision des textes.

L'insuffisance de la réforme.

L'article susvisé évoque en effet le cas où des peines « *ont (déjà) été* » prononcées par la section disciplinaire, ce qui semble exclure, si l'on s'en tient à une interprétation littérale, une application du principe de non-cumul lorsque c'est la section des assurances sociales qui se prononce en premier chef, et non la section disciplinaire. Cependant, si ce non-cumul se limitait aux sanctions prononcées par la section des assurances sociales postérieurement à celles infligées par la section disciplinaire, sans que la réciproque soit admise, il en résulterait une inégalité entre les professionnels, selon la juridiction la plus rapide à se prononcer : la « *logique juridique* » incite donc à voir dans cette formulation une simple maladresse, comme nous y invite Mme REBECQ.

On précisera enfin que **cette réforme est limitée, puisqu'elle ne concernant ni le cumul avec une sanction civile, ni avec une sanction pénale,** par exemple, la fraude aux assurances sociales établie par l'article L. 377-1 du Code de la sécurité sociale.

Conclusion.

Qu'est-ce que le contentieux du contrôle technique ?

Un outil répressif ou dissuasif ?

Un instrument de maîtrise des dépenses ou de protection des assurés ?

Une institution à condamner ou à défendre ?

Nous espérons avoir répondu à ces questions, qui divisent aujourd'hui les professionnels de santé comme les juristes, à travers l'étude des infractions poursuivies et des peines qui y sont attachées. **La grande latitude laissée au juge en termes de qualification et de sanction et la souplesse qui en découle donnent à ce système toute sa légitimité, et sa justification.**

On peut ainsi affirmer que le contentieux du contrôle technique n'a pas pour finalité première la punition ou la réparation, mais a avant tout un effet « *exemplaire et dissuasif* », ainsi que le rappelle M. JOHANNET, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie.⁷⁷ **Cette procédure sert conjointement la maîtrise des dépenses de santé et la protection des assurés sociaux, deux intérêts qui ne sont nullement antagonistes** : les dépenses de santé représentent en effet plus de 10% du produit intérieur brut (PIB) et atteignaient, en 2000, 18000 milliards de francs. Si toute la population française est comptable de ces chiffres, le corps soignant dans son ensemble, et le médecin en particulier, l'est plus encore. **Les professionnels de santé sont les garants du capital de l'assurance maladie, financé par les citoyens.**

En définitive, si ce système présente de nombreux défauts, **les buts poursuivis sont donc louables, et cette institution, indispensable.**

La maîtrise des dépenses de santé, cependant, ne saurait exister sans **l'instauration d'un climat de confiance mutuelle entre le contrôleur et le contrôlé**, le professionnel libéral devant « *prendre conscience qu'il n'est pas anti-confraternel pour un médecin-conseil d'effectuer un contrôle. C'est une mission qui lui a été confiée par la loi, qui apparaît tout à*

⁷⁷ Courrier de M. Johannet de janvier 1999. CABDIR n° 1/99 (annexe n° 4)

*fait légitime... »*⁷⁸ Les médecins-conseils, malheureusement, sont souvent stigmatisés par leurs confrères du secteur libéral, qui déplorent les tracasseries qu'a imposées la sécurité sociale en instituant ces praticiens contrôleurs, appelés à évaluer la manière dont ceux-là conçoivent l'exercice de leur profession. La mission traditionnelle de ces praticiens-conseils réside effectivement, en vertu de **l'article R. 315-1 al. 1 du Code de la sécurité sociale**, dans le contrôle des professionnels de santé quant à l'octroi de diverses prestations impliquant une appréciation d'ordre médical⁷⁹. Ce contrôle du praticien-conseil peut ainsi servir de fondement à une action devant les juridictions du contentieux du contrôle technique, lorsqu'une faute, une fraude, ou un abus est relevé - ce qui, hélas, est encore trop fréquent.

Il est cependant nécessaire d'éviter certains écueils. **Il serait en effet dangereux, après la lecture de ce rapport de recherche, de réduire l'exercice de la profession médicale à une spéculation continuelle sur le corps humain**, les exemples qui illustrent notre propos n'étant en rien représentatifs de l'attitude générale des professionnels de santé : la majorité d'entre eux restent évidemment honnête, respectueux des malades et de la déontologie. La plupart des experts s'accordent d'ailleurs pour considérer le modèle français de sécurité sociale comme l'un des meilleurs au monde : l'Organisation Mondiale de la Santé leur faisait écho, en 2000, en plaçant la France en tête de 191 pays, pour la qualité et les performances de son système de santé.

⁷⁸ Rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins, session d'octobre 1998.

⁷⁹ Julliot-Bernard S. et MORET-BAILLY J., *Les nouveaux contentieux des professions de santé*, Droit social 1996, p.840.

BIBLIOGRAPHIE.

DICTIONNAIRES

Protection sociale, Traité, Paris, Editions du Juris-classeur, 2001.

Dictionnaire permanent de bioéthique et biotechnologie, Montrouge, Editions législatives, 2001.

MANUELS

DUPEYROUX J.J., *Droit de la sécurité sociale*, Paris, Dalloz 1998.

OUVRAGES GÉNÉRAUX

PRETOT X., *Les grands arrêts du droit de la sécurité sociale*, Paris, Dalloz, 2è éd. 1998, pp. 357-358.

Ouvrage collectif sous la direction de BRUNSWIC H. et PIERSON M., *Initiation à l'éthique médicale*, Paris, Vuibert, 2002, 245 pages.

OUVRAGES SPÉCIALISÉS

LHERITIER M., *Les litiges opposant les caisses primaires aux praticiens libéraux*, Bordeaux, Les Etudes Hospitalières, 2000, 489 pages.

REBECQ G., *La prescription médicale*, Aix-en-Provence, PU Aix-Marseille, 1998, 588 pages.

MÉMOIRES ET THÈSES NON PUBLIÉS

CHABERT G. *Le contentieux du contrôle technique en matière odontologique*, Aix-en-Provence, 1998, 123 pages.

ARTICLES

ABDOU SOUNA H., "Le règlement des litiges opposant les organismes de sécurité sociale aux professionnels de santé", *Médecine et droit* 2001, pp. 16-20.

DUBOUIS L., "Les obligations du médecin à l'égard de la sécurité sociale", *RD sanitaire et social* 1976, pp. 345-358.

JULLIOT-BERNARD S. et MORET-BAILLY J., “Les nouveaux contentieux des professions de santé”, *Droit social* 1996, pp. 840-846.

PRETOT X., “La modification du contentieux des relations entre l’assurance maladie et les professions de santé”, *BS Lefebvre* 2/1997, pp.65-70.

PRETOT X., "Le contentieux des sanctions applicable aux praticiens et auxiliaires médicaux", *RJS*. 5/01 pp. 391-394.

REBECQ G., “Contentieux du contrôle technique”, *Protection sociale traité, Ed. du Juris-Classeur* 2000, fasc. 788.

SITES INTERNET

<http://www.ordmed.org>

<http://www.clinique-privée.com>

Annexes.

1 - Articles du Code de la Sécurité sociale.

Art. L.145-1

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 dites 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 .

Art. L.145-2

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. 423 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.

Art. L. 145-2-1

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.

Art. 145-3

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.

Art. L. 145-5

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.

Art. L. 145-6

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, deux 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.

Art. L. 145-7

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 sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et du Conseil national de l'ordre des sages-femmes sont présidées par le conseiller d'Etat qui préside la formation disciplinaire de chacun de ces conseils. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil nommé 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.

Les assesseurs membres de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes sont nommés par le conseil national de chacun de ces ordres en son sein.

Art. L. 377-1

Est passible d'une amende de 25 000 F (1) quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet.

(1) Amende applicable depuis le 1er mars 1994.

*Nota - Code de la sécurité sociale L623-1 : dispositions applicables à l'assurance vieillesse des non-salariés non-agricoles.

Code de la sécurité sociale L821-5 : dispositions applicables à l'allocation aux adultes handicapés.

Code de la sécurité sociale L721-8 : dispositions applicables à l'assurance vieillesse des ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses, L721-14 : ainsi qu'à leur assurance invalidité.*

Nota : Ordonnance 2002-411 2002-03-27 art. 47 III : dispositions applicables aux pensions prévues au titre II de la présente ordonnance.

Art. R. 145-18

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 agricole 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 pluridépartementaux 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.

Art. R.315-1 ali.1

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 après en avoir informé le professionnel.

Art. L. 162-2-1

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.

2- Les procédures lors d'un constat de fraude.

(Synthèse issue de la circulaire de la CNAMTS. Réf. : CABDIR n° 9/97, plan de classement 27, objet : mise en œuvre des procédures contentieuses.

Généralités.

- Lorsque les prestations servies à tort résultent de manœuvres frauduleuses de la part d'un professionnel et quelles sont passibles de sanctions pénales, **la caisse peut déposer une plainte et se constituer partie civile** pour obtenir le remboursement. Le directeur de la caisse décide directement des actions en justice.
- Le service du contrôle médical peut également, en cas de fraude, **saisir directement, conjointement ou non avec la caisse, la section d'assurances sociales du conseil de l'ordre concerné**. Cette saisine peut s'effectuer en l'absence d'analyse d'activité du professionnel au sens de l'art. 315-1-IV

Les procédures de récupération de l'indu.

Les dispositions de l'article L. 133-4 peuvent s'appliquer directement en dehors de l'analyse d'activité prévue à l'article L. 315-1-IV.

Les procédures lors de l'analyse d'activité.

- Le service du contrôle médical a communication de la part de la caisse primaire de **l'ensemble des supports écrits et informatiques lui permettant de procéder à cette analyse**.
- **Le service du contrôle médical n'a pas à informer le professionnel qu'il a fait l'objet d'une analyse d'activité**. Cependant si le praticien conseil, en cours d'analyse, estime nécessaire d'entendre ou d'examiner certains des patients de ce professionnel, il doit le lui faire savoir. Cette information est d'ordre général, le professionnel est informé du fait

que dans le cadre de l'analyse de son activité, certains de ses patients sont susceptibles d'être examinés, sans que l'identité de ceux-ci soit indiquée, ni la période d'analyse.

Il appartient au praticien conseil d'utiliser cette possibilité avec le souci d'éviter à l'assuré toute démarche exagérément contraignante.

Remarques : lorsque les **praticiens-conseils procèdent à la constatation d'un abus**, au sens du II de l'article L. 315-1 effectué lors d'un contrôle de prestations (par exemple, le contrôle de la justification de l'arrêt de travail indemnisé), **ils n'ont pas à informer au préalable, le médecin prescripteur de l'examen des patients concernés.**

- Le praticien-conseil **peut demander au praticien communication de tout élément**, en rapport avec les prestations présentées au remboursement, du dossier médical de ses patients.
- Le praticien-conseil, à l'issu de l'analyse d'activité, **informe le professionnel concerné de ses conclusions**, que celui-ci ait été préalablement informé ou pas qu'il faisait l'objet d'une analyse d'activité et que ces conclusions donnent lieu ou pas à des actions.
 - A l'issu de l'analyse, le praticien-conseil n'a relevé aucun grief à l'encontre du professionnel.
 - Une lettre d'information est adressée à ce professionnel par le service du contrôle médical.
 - A l'issu de l'analyse, le praticien-conseil relève un certain nombre de griefs à l'encontre du professionnel.
 - Une lettre d'information est adressée à ce professionnel par le service du contrôle médical.
 - Le service du contrôle médical informe la caisse, dans le respect des règles déontologiques (aucune information nominative à caractère médical n'est transmise), de la nature des anomalies retenues. Le directeur notifie au professionnel les observations du service du contrôle médical dans leur intégralité. Cette notification est faite par lettre recommandée a/r.
 - Elle doit mentionner :
 - La nature des anomalies.

- Le fait qu'un entretien puisse être sollicité auprès du service du contrôle médical.
- L'identité du praticien-conseil responsable de l'analyse d'activité et auprès duquel le professionnel pourra s'il le souhaite obtenir un entretien.
- Le délai d'un mois pendant lequel le professionnel peut demander à être entendu par le service du contrôle médical.

Remarque : la notification doit indiquer que si l'entretien n'est pas demandé à l'expiration du délai d'un mois, les procédures contentieuses peuvent être mises en œuvre.

- **L'entretien individuel est un droit pour le professionnel.** Il lui permet de discuter des griefs relevés à son encontre et notamment de vérifier contradictoirement la matérialité et la gravité des faits reprochés. Le service du contrôle médical ne peut le refuser. L'entretien doit se dérouler dans le respect des règles déontologiques et garantir la confidentialité des informations nominatives à caractère médical que le praticien-conseil et le professionnel de santé seront conduits à analyser à cette occasion. **A la fin de l'entretien, une attestation est signée conjointement par le praticien-conseil et le professionnel de santé.** A défaut, si le professionnel de santé refuse de signer cette attestation, la lettre du service du contrôle médical fixant la date et le lieu de l'entretien fera foi.

Les procédures à l'issue de l'entretien avec le professionnel (ou en l'absence d'entretien à l'expiration du délai d'un mois).

- Le praticien-conseil ne retient plus de grief à l'encontre du professionnel :
 - Le service du contrôle médical confirme ses conclusions par écrit, et les adresse au professionnel.
 - La caisse primaire est informée des conclusions. Le dossier est classé.
- Le praticien conseil maintient un certain nombre de griefs à l'encontre du professionnel. Le service du contrôle médical peut selon la nature et la gravité des griefs retenus :

- **Limiter ses conclusions à des observations verbales**, assorties le cas échéant d'une lettre de mise en garde.
- Transmettre au directeur de la caisse, **la demande de transaction**, au sens de l'article 2044 du code civil, lorsque le manquement est bénin et strictement d'ordre financier. **La transaction ne permet plus ensuite la mise en œuvre de poursuites.**
- **Saisir l'instance pré-contentieuse ou contentieuse** la plus adaptée,
 - En utilisant la filière spécifique :
 - Le **Comité Médical Paritaire Local** en cas de **non-respect** par les médecins des **Références Médicales Opposables**.
 - Le **Comité Médical Régional** en cas de non-respect par les médecins, exerçant à titre libéral, des règles prévues à l'article L.315-3.
 - La **juridiction ordinale**, en application des articles L.145-1 et suivant, en cas **de fautes, abus, fraudes** et tous faits intéressant l'exercice de la profession de médecins, quel que soit leur mode d'exercice.
 - En transmettant les éléments non médicaux du dossier à la caisse pour la mise en œuvre d'autres procédures contentieuses :
 - **La récupération de l'indu**, au sens de l'article L. 134-4
 - **La saisine des juridictions ordinales**
 - **Les poursuites pénales...**

Remarque: quand le service du contrôle médical détecte des irrégularités concernant l'activité libérale d'un praticien hospitalier temps plein, il doit en outre saisir le préfet du département (circ. DGR/ENSM n°40/95 du 4 décembre 1995 reprenant la circ. DH n° 34 du 28 août 1995).

Quelles que soient les suites données, le service médical agit en concertation avec la caisse.

Le choix des poursuites à l'encontre des professionnels.

La mise en œuvre d'une procédure.

Elle s'inscrit dans l'objectif du juste soin.

- La procédure contentieuse doit être utilisée à bon escient dans **l'objectif non seulement de sanctionner une pratique anormale mais également d'entraîner une modification durable du comportement des professionnels.**
- Le choix de la procédure intègre plusieurs éléments décisionnels qui sont de nature quantitative et qualitative :
 - **Une action pré-contentieuse ou contentieuse coûte cher** en personnel et en moyens matériels. **Elle doit donc intégrer le rapport coût/efficacité et aller du plus simple au plus compliqué**
 - Toute action de ce type doit revêtir à la fois **rigueur, crédibilité et efficacité.**
 - L'impact de proximité doit être recherché. **Les actions doivent être exemplaires et dissuasives, la composante « publicité » des actions n'étant pas à négliger.**
- La stratégie à adopter pour le choix de la filière est définie dans le cadre de la conduite de projet.
 - En fonction de l'objectif recherché, lui-même conditionné par la gravité et la sévérité des faits :
 - **Effet pédagogique**
 - **Sanction financière**
 - **Sanction morale**
 - En fonction de la faisabilité :
 - Recevabilité de la date des faits
 - **Existence de référentiels** permettant de bien préciser les griefs
 - **En fonction des données de la jurisprudence**

2.3 Les principes de base du choix

Ils reposent sur :

- **Une réflexion en fonction du but recherché.** La palette contentieuse est large et les actions doivent être raisonnées
- **La définition précise des anomalies constatées** dans leur cadre référentiel

- Le **recours à la filière contentieuse** spécifique prévue dans la réglementation pour chaque type d'anomalie.
- **L'utilisation d'une seule procédure**, sauf exception, **pour une même anomalie sous le même grief**.
- **La préférence donnée à des dossiers comportant peu de thèmes d'anomalies plutôt qu'à la constitution de dossiers exhaustifs. La rapidité de l'action, sur un dossier bien ciblé peut permettre d'atteindre le but normatif plus vite et plus efficacement.**
- **La seule contrainte de temps est le délai de forclusion** pour les actes mis en causes. Il n'y a pas de chronologie impartie dans la mise en œuvre de plusieurs filières pré-contentieuses ou contentieuses ; leur déroulement est indépendant.

3- La saisine.

(Synthèse issue de la circulaire de la CNAMTS. Réf. : CABDIR n° 9/97, plan de classement 27, objet : mise en œuvre des procédures contentieuses.

A chaque instance correspond une procédure précise qui impose le respect d'un certain nombre de règles :

- Pour la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre, en ce qui concerne les fautes, fraudes et abus.
 - Les griefs doivent avoir **moins de trois ans d'âge** au jour du dépôt de la saisine.
 - Une fois la saisine déposée, la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre dispose **de 12 mois** pour tenir son audience.
 - Le délai d'appel auprès de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre est de **1 mois à dater de la notification** de la décision de la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre.

Le dossier de saisine :

- Lorsque l'analyse d'activité met en évidence **un non-respect de référentiels et en apporte la preuve**, la filière contentieuse spécifique adaptée au litige est choisie en priorité. Le dossier de saisine est constitué.
 - Les dossiers doivent apporter sur le fond, dans tous les cas, **la preuve objective, matérialisée du non-respect d'un référentiel**, et leur construction doit être très rigoureuse depuis le recueil sur le terrain jusqu'à la saisine.
 - Ils doivent respecter strictement un certain nombre de règles de forme, relatives à :
 - La **procédure contradictoire**, liée au principe fondamental du droit à l'information des personnes concernées et des règles déontologiques.

- Aux **dates à partir desquelles les faits sont opposables** (exemple : délai rétroactif de 3 ans pour le Conseil Régional de l'ordre).
- La **durée requise du recueil** selon le contentieux (exemple : durée de 2 mois au maximum, d'observation de la pratique du médecin au regard des RMO).
- Aux délais imposés par les textes à chacune des étapes de la procédure.
- Aux **modalités de saisine** (personnes autorisées à saisir l'instance, procédure écrite, envoi en recommandé avec demande d'avis de réception...).

Le dossier comprend dans tous les cas :

- La lettre de saisine qui
 - Doit être **claire et concise**,
 - **Ne doit pas être argumentée**,
 - Doit être **datée**,
 - Doit préciser **l'identité, les coordonnées et la spécialité** du praticien mis en cause,
 - Doit préciser **au titre de quel article et de quel code l'instance est saisie**.

- Le mémoire qui
 - Précise **la date des faits incriminés**,
 - Comporte **l'exposé des motifs de la saisine**,
 - Comporte **l'exposé des circonstances de la saisine**,
 - Précise les **griefs reprochés**,
 - **Liste les référentiels** auxquels le praticien a contrevenu,
 - Est accompagné des **documents auxquels il est fait référence**,
 - N'omet pas **d'évoquer l'existence d'exams cliniques, d'expertises, ou d'avis sapiteurs**,
 - Ne contient **aucune information permettant d'identifier les malades**,
 - Donne une **qualification des faits**,
 - Enonce en **conclusion la gravité des faits**,
 - Précise la **sanction demandée**.

- Les annexes
 - Elles sont constituées de **copies des pièces justificatives** ou moyens de preuve et de tous éléments permettant à l'instance concernée de prendre sa décision.
 - Les **données médicales nominatives doivent être rendues anonymes** et affectées d'un numéro avec une table de correspondance.

Autres recommandations :

- Après rédaction du mémoire, le fond et la forme du dossier doivent être validés **(pas de faits hors champs de compétence de l'instance choisie, pas de griefs sans preuves, respect des délais, obligations relatives à l'analyse d'activité des professionnels).**
- Il convient de **ne pas prolonger inutilement la procédure** par des échanges de mémoires en réponse et en défense.

4- Courrier de monsieur Gilles JOHANET de la CNAM de janvier 1999 à l'attention :

- des directeurs des CPAM, CRAM, CGSS, et URCAM,
- des médecins conseils régionaux,
- des médecins conseils chefs de service des échelons locaux.

Réf. : CABDIR n°1/99.

...Les contrôles individuels ont en effet pour finalité la lutte contre les excès, abus et fraude : leur existence contribue ainsi à conforter les professionnels majoritaires qui ont fait le choix de la qualité et de l'économie des soins. De même, ils démontreront de manière simple et concrète aux assurés que l'Assurance Maladie défend leurs intérêts...

Les actions de contrôle ne constituent pas des instruments directs de régulation parce qu'elles ne concernent qu'une fraction marginale des producteurs de soins ; **elles sont par contre consommatrices de moyens humains.**

Elles jouent néanmoins un rôle essentiel par leur **effet exemplaire et dissuasif**, malgré leur **enjeu financier direct relativement modéré** sur la grande masse des dépenses. Elles sont **indispensables à l'acceptabilité des efforts demandés** à l'ensemble des acteurs du système de santé.

Cet effet dissuasif a lui-même **des conséquences positives indirectes** en matière de régulation, conséquences **d'autant plus appréciables que le contrôle débouche sur des interventions efficaces.** Elles constituent un encouragement fort et indispensable en direction de la majorité des professionnels soucieux de la qualité et de l'efficacité de leur action envers leurs patients.

Je vous demande donc de **traquer tous les abus, fautes et fraudes avec ténacité et méthode, pour que ceux qui en sont la cause soient sanctionnés.**

Il vous est demandé de **concentrer vos efforts sur des actions efficaces et efficientes**, ce qui induit d'éviter :

- Les contrôles de l'application d'une réglementation qui ne correspondrait pas aux données actuelles de la science.
- Les contrôles mobilisant des moyens sans commune mesure avec le retour d'investissement prévisible.

Certaines orientations seront privilégiées :

Un effort particulier portera sur les médecins libéraux dans les divers aspects de leur activité. Je retiens un **objectif ambitieux : plus de 10 % d'entre eux** feront l'objet d'un examen qualitatif et quantitatif de leur activité professionnelle.

1. Leur activité propre tout d'abord : vous cibleriez vos enquêtes sur le nombre d'actes, leur répétition, leur facturation peut faire craindre des dysfonctionnements en termes de qualité ou en terme de respect des règles de facturation. Il y aura lieu **d'accorder une attention particulière** aux praticiens dont l'augmentation des honoraires a été manifestement élevée durant les trois dernières années.

2. L'examen des prescriptions ensuite : je vous demande de **renforcer les contrôles** sur les **médecins les plus prescripteurs**, en vérifiant le respect de la réglementation en matière de prescription médicamenteuse tant en terme de santé publique (associations potentiellement iatrogènes), qu'en termes de maîtrise des dépenses (doubles prises en charge...).

Il est par ailleurs **de votre devoir d'intervenir** lorsque, au cours **d'une enquête générale** de santé publique, **des faits frauduleux ou abusifs**, ainsi que, a fortiori, **des fautes** professionnelles sont portés à votre connaissance.

5- Les médecins-conseils : missions et déontologie.

Rapport adopté lors de la session d'octobre 1998 du conseil national de l'ordre des médecins.

Docteur CALLOCH LJ.

Les ordonnances du 24 avril 1996 et leurs décrets d'application ont profondément bouleversé **le cadre légal de l'exercice médical** et ont consacré la notion de maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Dans ce contexte, l'intérêt d'un rapport du conseil national de l'Ordre des médecins est triple :

1. Donner aux conseils départementaux une information actualisée sur le rôle dévolu aux médecins-conseils afin qu'ils puissent jouer un rôle efficace, notamment en matière de rapprochement entre médecins-conseils et médecins traitants. On a pu ainsi constater que **la méconnaissance de la mission dévolue aux médecins-conseils en matière d'analyse de l'activité médicale donnait lieu à des querelles sans doute stériles.**
2. Rappeler à l'ensemble du corps médical une évidence : **il n'y aura pas de maîtrise médicalisée si les nouvelles missions du contrôle médical ne sont pas acceptées par le médecin traitant, et si un climat de confiance mutuelle ne parvient pas à s'instaurer.**
3. Affirmer que la **crédibilité et l'efficacité des médecins-conseils dépendent largement du respect de la déontologie médicale.** Les instances ordinaires, locales comme nationale doivent **contribuer à affermir les notions d'indépendance professionnelle, de secret médical, de confraternité, de compétence et de respect des patients.**

Les missions du contrôle médical :

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

« *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* ».

« *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, 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. 162-5-9* ».

Ces textes appellent les observations suivantes :

- Les missions du contrôle médical **relève désormais de la loi et non plus simplement de décrets.**
- Ses pouvoirs d'investigations portent en application de l'article L. 315-1 sur :
 1. Le contrôle de « *tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations* ».
 2. Le constat des « *abus en matière de soins, de prestations d'arrêt de travail et d'application des actes et autres prestations* ». **Les praticiens-conseils voient leur place confirmée dans le contrôle des prestations** prises en charge par l'assurance maladie.
 3. « *l'analyse sur le plan médical de l'activité des établissements de santé* ». Les praticiens-conseils sont chargés d'une **mission d'audit externe** visant à porter une appréciation médicale sur le fonctionnement des structures afin de fournir à l'ARH des éléments de négociation des contrats. Le service du contrôle médical **apporte également des réflexions sur la planification** en proposant des approches, en particulier en terme de réseau de soins pour les SROS.
 4. « *l'analyse sur le plan médical de l'activité des professionnels de santé* ». Cette analyse, **qui n'était pas considérée comme légitime** par les professionnels de santé car elle ne disposait pas de base juridique, porte désormais sur leur activité « *notamment au regard des règles conventionnelles* », autrement dit, au bénéfice des assurés sociaux, les RMO (article L 315-1).
 5. Le contrôle médical participe à une stratégie de limitation des dépenses de santé en veillant notamment, à ce que les médecins prodiguent aux assurés sociaux, conformément à leurs obligations légales – qui sont aussi déontologiques (article 8) – **les meilleurs soins au juste coût.**

Les médecins contrôlés doivent prendre conscience qu'il n'est pas anti-confraternel pour un médecin-conseil d'effectuer un contrôle. C'est une mission qui lui a été confiée par la loi, qui apparaît tout à fait légitime et qui comporte plusieurs niveaux de type incitatif, persuasif ou contentieux.

En revanche, les modalités du contrôle doivent être exemptes de toute animosité et respecter la relation de confiance patient/médecin traitant.

Compte tenu de l'étendue des missions du médecin-conseil et de l'introduction des RMO, les sujets de litige risquent de se multiplier. Il est essentiel que le médecin-conseil, à l'occasion des contrôles qu'il effectue utilise des méthodes transparentes et ne cherche pas à piéger le médecin contrôlé. De la même manière ce dernier ne doit pas faire obstacle d'une manière ou d'une autre au contrôle.

Le conseil départemental de l'ordre des médecins à un rôle important à jouer :

- Au niveau individuel, il doit apparaître comme **le recours naturel et neutre aussi bien pour le médecin contrôlé que pour le médecin contrôleur.**
- Au niveau plus général, il devrait **favoriser des rencontres conviviales entre les médecins conseils de tous les régimes et les médecins libéraux.**

Ces rencontres doivent **permettre aux médecins-conseils de préciser leurs missions** et aux **médecins libéraux d'exposer leurs difficultés** et les évolutions des pratiques médicales. Elles permettent aussi tout simplement **aux uns et aux autres de mieux se connaître.**

L'ordre national des médecins rappelle, aussi bien au médecin-conseil qu'au médecin traitant, **le respect des valeurs qui doivent les unir et non les opposer** et partage avec les instances supérieures de l'assurance maladie, le désir que **soit mis en valeur leur rôle de conseil.**