

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
05/05/97

Origine :
CABDIR

MMES et MM les Directeurs
- des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MMES et MM
- les Médecins Conseils Régionaux
- le Médecin Conseil Chef de Service de La Réunion
- les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

(Pour attribution)

Réf. :
CABDIR n° 9/97

Plan de classement :

27					
----	--	--	--	--	--

Objet :
MISE EN OEUVRE DES PROCEDURES CONTENTIEUSES

Pièces jointes :

0	7
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

ENSM : Dr D.LAPORTE-Dr VANDENBERGHE/DGR : M.J COTE-R GOUEL

Téléphone :

01.42.79.32.94

33.27

33.44

32.05

@

Le Directeur

05/05/97

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

Origine :

MMES et MM.
les Médecins Conseils Régionaux
le Médecin Conseil Chef de Service de La Réunion
les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux

N/Réf. : CABDIR : 9/97

Objet : MISE EN OEUVRE DES PROCEDURES CONTENTIEUSES

La maîtrise des dépenses de soins par le développement de procédures médicalisées de contrôle et d'analyse d'activité est le principe directeur des ordonnances d'avril 1996. Ces procédures visent à réduire tout gaspillage lors de la délivrance et la facturation des prestations remboursées directement par l'Assurance maladie ou prises en charge par dotation budgétaire. A cet effet, le service du contrôle médical, au centre des enjeux de cette nouvelle dynamique, a ses missions précisées et ses moyens d'actions renforcés.

Le codage des actes, des prestations puis des pathologies, va mettre à la disposition de l'Assurance maladie, ainsi que des professionnels de santé, des informations qui vont améliorer la connaissance de la pratique médicale. Ces informations vont permettre à l'Assurance maladie de mieux cibler ses interventions et au service du contrôle médical d'établir un dialogue pertinent avec les médecins afin de tendre au " juste soin " en conciliant la qualité des soins et le respect des contraintes financières.

Sur le plan juridique, des modifications portant sur les modalités de saisine et sur les procédures (comité médical paritaire local, section des assurances sociales des conseils des ordres professionnels), ainsi que sur les voies de recours, ont été apportées à certaines instances pré-contentieuses et contentieuses mises à disposition des caisses et/ou du service du contrôle médical ; les dispositions prévues à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale* ont été élargies ; une instance a été créée, le comité médical régional.

Les procédures contentieuses ne sont pas une fin en soi, mais elles sont nécessaires pour trancher les litiges concernant notamment les rapports de l'Assurance maladie avec les bénéficiaires des prestations, les producteurs de biens et services médicaux, et les établissements de santé. Elles doivent être utilisées à bon escient dans l'objectif non seulement de sanctionner une pratique

anormale mais également d'entraîner une modification durable du comportement des professionnels.

Sommaire

I - Rappel et analyse des textes

1.1. Rôle de la caisse primaire

1.2. Rôle du service du contrôle médical

II - Principes généraux des procédures contentieuses

2.1. Les personnes concernées

2.1.1 *Les professionnels*

2.1.2. *L'assuré social*

2.2. Les procédures

2.2.1 *Les procédures à l'encontre du professionnel*

2.2.1.1.-*Les procédures lors d'un constat de fraude*

2.2.1.2.-*Les procédures de récupération de l'indu*

2.2.1.3.-*Les procédures lors de l'analyse d'activité*

2.2.1.4.-*Les procédures à l'issue de l'entretien avec le professionnel*

2.2.1.5.-*Les actions pédagogiques à visée collective*

2.2.2 *Les procédures à l'encontre de l'assuré*

2.2.2.1.-*La suspension du service de la prestation*

2.2.2.2.-*La récupération de l'indu*

III - Le choix du contentieux à l'encontre du professionnel

3.1. La mise en oeuvre d'une procédure contentieuse

3.2. Les principes de base du choix

3.3. Le constat à l'issue de l'analyse de l'activité médicale

IV - Le dossier de saisine

V - Les mesures d'accompagnement

Annexes

n° 1 : *circulaire DSS/SDAS/2B n° 97-172 du 6 mars 1997* relative à l'application des dispositions des articles R. 315-1, R. 315-1-1 et R. 315-1-2 du code de la sécurité sociale

n° 2 : tableaux récapitulatifs des filières contentieuses

n° 3 : orientation des procédures contentieuses selon la nature des prestations

n° 4 : choix des procédures selon les griefs

n° 5 : note sur la transaction au sens de l'article 2044 du code civil

n° 6 : actions de l'assurance maladie à l'issue d'une analyse d'activité d'un médecin exerçant à titre libéral

n° 7 : *décision du Conseil d'Etat du 5 mars 1982 n°30.864*

I - Rappel et analyse des textes

1.1. Rôle de la caisse primaire

L'*ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996* portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale renforce le rôle des caisses primaires en matière de gestion du risque

Elle conforte le rôle du conseil d'administration de la caisse primaire dans le domaine de la gestion du risque. Le conseil d'administration arrête chaque année, sur proposition du directeur, le plan d'actions de gestion du risque au vu des objectifs nationaux et régionaux ainsi que des évaluations des actions des années précédentes (*art. L. 211-2-1 du code de la sécurité sociale*) ;

Elle renforce le rôle du directeur de la caisse primaire :

↳ le directeur détermine le plan d'actions de gestion du risque, en coordination avec l'échelon local du service médical (art. L. 211-2-1) ;

↳ le directeur décide des actions en justice à intenter au nom de l'organisme concernant notamment les rapports de la caisse primaire avec les bénéficiaires des prestations, les producteurs de biens et services médicaux et les établissements de santé (article L. 122-1, 3° alinéa). Dans certaines situations, comportant des griefs d'ordre médical, les praticiens conseils ont à apporter leur concours à ces actions.

Rappel : le directeur , en cas de fautes, fraudes et abus, peut saisir la section des assurances sociales des différents conseils de l'Ordre.

L'*ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996* relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins renforce les pouvoirs d'investigation et les moyens d'action des caisses, et modifie certaines dispositions concernant les contentieux.

➤ L'extension des dispositions de l'article L. 133-4 permet aux caisses d'effectuer la récupération d'indus à l'encontre de l'exécutant de la prestation non seulement au regard de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale mais également au regard des règles de facturation du transport des assurés sociaux et du Tarif Interministériel des Prestations Sanitaires.

le président du tribunal des affaires de sécurité sociale peut, lorsque le litige porte sur l'interprétation des nomenclatures, diligenter une expertise technique spécifique prévue à l'article L. 141-2-1.

Les tribunaux des affaires de sécurité sociale sont compétents désormais pour :

- ↳ Les recours des décisions des comités médicaux paritaires locaux portant sur le respect des références médicales opposables (article L. 162-12-16) ;
- ↳ Les recours des décisions des comités médicaux régionaux portant sur le respect des dispositions prévues à l'article L. 315-3 et sur le respect des références médicales opposables en cas de carence du CMPL;
- ↳ Les litiges relatifs au déconventionnement des professionnels (article L. 162-34 modifié du code de la sécurité sociale).

1.2. Rôle du service du contrôle médical

L'*ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996* relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins renforce les pouvoirs d'investigation et les moyens d'action du service du contrôle médical de l'assurance maladie.

Les missions du contrôle médical relèvent désormais de la loi, et non plus simplement de la réglementation. L'ensemble de ses actions concourt à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie (article L. 315-1, dernier alinéa).

Ses pouvoirs d'investigation portent, en application de l'article L. 315-1, sur :

Le contrôle de “ tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations ”. Précédemment, selon la jurisprudence constante de la Cour de cassation, l'avis du praticien conseil n'était opposable à l'assuré que pour les seules prestations dont la prise en charge était explicitement soumise par les textes à un avis du contrôle médical.

Le constat des “ abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations ”. Les praticiens conseils ont leur rôle confirmé dans le contrôle des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

“ 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'Agence Régionale d'Hospitalisation 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 réseaux de soins, pour les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

“ 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 toutes leurs activités y compris au regard des règles conventionnelles, notamment, pour les médecins, des Références Médicales Opposables.

Ses moyens d'action sont élargis par :

- La possibilité de saisir une nouvelle instance, le “ Comité Médical Régional ” en cas de non-respect
 - ↳ des règles d'utilisation de l'ordonnance bi-zone destinée aux patients exonérés du ticket modérateur pour une longue maladie,
 - ↳ du signalement qu'une spécialité est prescrite en dehors des indications thérapeutiques remboursables,
 - ↳ des conditions de prise en charge des transports,
 - ↳ des règles de prescription des arrêts de travail.
- La possibilité de saisir directement le Comité Médical Paritaire Local, instance conventionnelle, et en cas de carence de celui-ci, pour les griefs portant sur les références médicales opposables, de transmettre le dossier au “ Comité Médical Régional ” (article L. 162-12-16).

Rappel : le service du contrôle médical, en cas de fautes, fraudes et abus, peut saisir la section des assurances sociales des différents conseils de l'Ordre.

Le *décret n° 96-786 du 10 septembre 1996* relatif au contrôle médical développe notamment les modalités d'application des nouvelles missions du service du contrôle médical.

L'ensemble de ces modalités repose sur le respect de trois principes fondamentaux :

- *le droit à l'information des personnes concernées ;*
- *les droits de l'assuré social ;*
- *les règles de la déontologie médicale.*

Lorsque l'analyse porte sur l'activité d'un professionnel de santé au sens de l'article L. 315-1-IV :

- ↳ le praticien conseil peut se faire communiquer tous les documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité portant sur l'ensemble des prestations prises en charge par l'Assurance maladie ;
- ↳ le praticien conseil peut consulter les dossiers des patients ayant fait l'objet de soins au cours de la période couverte par l'analyse ;
- ↳ le praticien conseil peut entendre et examiner ces patients après en avoir informé le professionnel ;

↳ le praticien conseil doit informer le professionnel des conclusions de son analyse. Si le praticien conseil constate le non-respect de règles législatives, réglementaires ou conventionnelles régissant la couverture des prestations à la charge des organismes sociaux, il en avise la caisse. La caisse notifie les griefs au professionnel. L'intéressé, dans un délai d'un mois, peut demander à être entendu par le service du contrôle médical (art. R. 315-1-2).

Passé ce délai, il appartient au service médical, pour ce qui le concerne, d'orienter le dossier vers l'instance pré-contentieuse ou contentieuse la plus adaptée, compte tenu de la nature et de la gravité des faits, en utilisant la filière spécifique quand elle existe.

Lorsque l'analyse porte sur l'activité d'un établissement de santé, les résultats de celle-ci sont communiqués au directeur de l'établissement concerné et au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation. Les résultats de l'analyse de l'activité d'un professionnel exerçant dans un établissement de santé, au regard des références professionnelles et des recommandations de bonne pratique, sont également communiqués au directeur de l'établissement concerné, au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation et à la commission ou à la conférence médicale de l'établissement. Les informations couvertes par le secret médical ne sont adressées qu'à la commission ou à la conférence médicale ainsi qu'aux médecins régional et départemental de santé publique concernés (article R. 315-1, I et II).

Une circulaire précisera les modalités d'actions des praticiens conseils à l'issue de l'analyse d'activité des établissements de santé.

◆ Lorsque le praticien conseil avise la caisse qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, au sens de l'article L. 315-2, la caisse doit, en application de l'article R. 315-1-3 :

↳ notifier à l'assuré la décision, en l'informant de sa portée et en lui indiquant la voie de recours à l'expertise médicale prévue à l'article L. 141-1 ;

↳ suspendre le service de la prestation à la date d'effet de la notification ;

↳ informer l'auteur de l'acte ou de la prescription et, le cas échéant, le professionnel qui exécute la prestation. Il appartient également au praticien conseil de faire part directement au(x) professionnel(s) concerné(s), en application des principes déontologiques et conventionnels, des motivations de son avis.

II - Principes généraux des procédures contentieuses

2.1. Les personnes concernées

2.1.1. Les professionnels

L'ensemble des professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, qui prescrivent ou dispensent des prestations ouvrant droit à prise en charge par l'Assurance maladie, peuvent faire l'objet d'une analyse d'activité :

les professionnels de santé exerçant à titre libéral,

- les médecins mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale exerçant en cabinet ou dans un établissement de santé privé ;
- les chirurgiens-dentistes, biologistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux ;
- les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale hospitalière (consultations externes, lits d'hospitalisation...)

les professionnels de santé salariés, les praticiens de centres de santé, de dispensaires et les praticiens hospitaliers (pour leur activité de consultations externes).

les autres professionnels délivrant des prestations remboursables, les pharmaciens, les fournisseurs d'appareillage, les transporteurs sanitaires et non sanitaires.

2.1.2. L'assuré social

Des actions à l'encontre de l'assuré peuvent, à l'issue de contrôles individuels et de contrôles programmés, être effectuées :

- le service de la prestation peut être suspendu si la prestation n'est pas médicalement justifiée,
- La prestation n'est pas prise en charge lorsque n'est pas prévue au titre des risques maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles ;
- La caisse peut procéder au recouvrement des prestations indûment versées à l'assuré ;
- Lorsque les prestations servies à tort résultent de manoeuvres frauduleuses de la part de l'assuré et qu'elles sont passibles de sanctions pénales, la caisse peut déposer plainte et se constituer partie civile pour obtenir le remboursement. Le directeur de la caisse décide directement des actions en justice.

2.2. Les procédures

2.2.1. Les procédures à l'encontre du professionnel

2.2.1.1. Les procédures lors d'un constat de fraude

Lorsque les prestations servies à tort résultent de manoeuvres frauduleuses de la part d'un professionnel et qu'elles sont passibles de sanctions pénales, la caisse peut déposer 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 des 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'article L. 315-1-IV.

2.2.1.2. 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. Cette procédure fera l'objet d'une circulaire technique spécifique qui précisera les modalités de récupération des indus par les caisses.

2.2.1.3. 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. Les modalités de transmission sont à prévoir dans le protocole local d'actions concertées.

Le service du contrôle médical n'a pas à informer le professionnel qu'il 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 ;
- il en va de même lors des enquêtes qui ne sont pas centrées sur un professionnel donné mais sur une zone géographique déterminée pour laquelle le contrôle médical souhaite disposer d'éléments d'information quant aux pratiques professionnelles ou à des fins épidémiologiques. Ces enquêtes ne sont pas assimilables à une analyse d'activité au sens de l'article L. 315-1-IV.

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'issue 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'issue 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'issue 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 avec accusé de réception.

Elle doit mentionner :

- ↳ la nature des anomalies,
- ↳ le fait qu'un entretien peut 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 oeuvre.

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.

2.2.1.4. 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 oeuvre de poursuites (fiche technique en annexe) ;

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 ;
 - les instances prévues par les conventions respectives des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, biologistes, auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral, en cas d'inobservation des règles de bonne pratique et des références opposables à ces professions ;
 - 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 suivants, en cas de fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession des médecins, chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, biologistes, pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, quel que soit leur mode d'exercice.
- en transmettant les éléments non médicaux du dossier à la caisse pour la mise en oeuvre d'autres procédures contentieuses :

-la récupération de l'indu, au sens de l'article L. 133-4 ;

-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.

2.2.1.5. Les actions pédagogiques à visée collective

Les conclusions générales non nominatives des analyses effectuées peuvent être portées à la connaissance des instances représentatives des professionnels concernés par ces analyses et donner lieu à la mise en oeuvre d'actions collectives d'information.

2.2.2 Les procédures à l'encontre de l'assuré

2.2.2.1. La suspension du service de la prestation

En application des dispositions de l'article L. 315-2, l'avis du praticien conseil concernant l'attribution et le service des prestations, s'impose à la caisse.

A cet effet, lorsque le service du contrôle médical estime qu'une prestation remboursable n'est pas médicalement justifiée (par exemple, médicament remboursable mais non justifié par l'état du malade), il en informe la caisse. Celle-ci notifie la décision à l'assuré avec comme voie de recours l'expertise médicale décrite à l'article L. 141-1.

En cas de refus d'ordre administratif (non respect d'une condition réglementaire, par exemple : prescription d'un médicament pour une indication non remboursable et non signalée par le médecin), la voie de recours notifiée à l'assuré est celle du contentieux général (CRA...).

Dans les deux cas, lorsque la caisse décide de suspendre le service d'une prestation, cette suspension prend effet à compter de la date de la notification de la décision à l'assuré, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Cette notification indique à l'assuré la portée de la décision et le recours dont il dispose.

La caisse informe simultanément de cette décision le médecin auteur de l'acte ou de la prescription en cause et, le cas échéant, le professionnel concerné par l'exécution de la prestation (article R. 315-1-3).

En outre lorsque le litige est médical, l'information personnalisée du prescripteur incombe au praticien conseil.

2.2.2.2. La récupération de l'indu

Cette procédure fera l'objet d'une circulaire spécifique.

III Le choix des poursuites à l'encontre des professionnels

3.1. La mise en oeuvre 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.

3.2. 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 cause. Il n'y a pas de chronologie impartie dans la mise en oeuvre de plusieurs filières pré-contentieuses ou contentieuses ; leur déroulement est indépendant.

3.3 Le constat à l'issue de l'analyse de l'activité

L'analyse conduit à la constatation d'un certain nombre de faits :

➤ à chacun de ces faits, correspond un (ou des) grief (s), à titre indicatif, quelques exemples :

a) les définitions

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

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

.3 **les anomalies de facturation** : facturations résultant des ambiguïtés et confusions des réglementations tarifaires inadaptées, manquements aux dispositions de l'article L. 315-3, aboutissant à des prises en charge supérieures en valeur à ce qui est dû.

.4 **les soins inappropriés** : ce sont des soins dont la pertinence est discutable mais non d'emblée condamnable (à la différence des abus). L'arrière-plan des soins inappropriés est l'incertitude qui entoure, encore, beaucoup de décisions cliniques et qui, dans un contexte de démographie médicale importante, aboutit à une inflation.

.5 **les fautes** : les soins de qualité insuffisante et le management défectueux des soins. La qualité des soins est obtenue quand l'exécution des procédures diagnostiques et thérapeutiques, dont la décision est appropriée, est irréprochable. La programmation rigoureuse des différentes procédures constitue le management correct des soins.

b) quelques exemples, à titre indicatif

Situation/soins	les faits	les griefs
Prescription	Thérapeutiques dangereuses, ou illusoires	abus
Prescription	Thérapeutiques inutiles, abus d'actes	abus, soins inappropriés
Prescription	Non-respect des RMO	abus, soins inappropriés
Exécution	Soins de qualité insuffisante	faute
Facturation	Inobservation des nomenclatures	fraude, anomalie de facturation
Facturation	Non-respect des règles mentionnées à l'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale	fraude, anomalie de facturation

- à chaque type de grief correspond une instance.
- à chaque instance correspond une procédure précise, qui impose le respect d'un certain nombre de règles :

3.3.1. *la section des assurances sociales du conseil régional de l'Ordre, pour 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.

3.3.2. *le comité médical régional, CMR, pour le non respect des règles mentionnées à l'article L. 315-3*

- Lorsque le secrétariat de cette instance enregistre un mémoire de plainte, il en adresse sans délai la copie, par lettre recommandée avec accusé de réception, au médecin concerné.
- Ce dernier dispose d'un mois pour répondre. Le secrétariat du CMR communique au service du contrôle médical une copie du mémoire en réponse, par lettre recommandée avec accusé de réception.
- L'avis du comité est transmis sans délai à la caisse.
- Pour contester la décision de la caisse, devant le TASS, le médecin concerné dispose d'un mois à compter de la date de notification de la décision de la caisse.

3.3.3. *Les instances conventionnelles*

3.3.3.1. *Les instances conventionnelles spécifiques à chaque profession qui dispense ou prescrit des prestations ouvrant droit à prise en charge par l'Assurance maladie.*

Les saisines interviennent selon les modalités prévues par chacune des conventions.

3.3.3.2. *Le comité médical paritaire local, CMPL*

Pour le constat du non respect des références médicales opposables, en cas de carence ou de non-décision du CMPL dans les deux mois qui suivent la saisine, les dossiers sont soumis au CMR.

3.3.4. Le recouvrement de l'indu

en application des dispositions de l'article L. 133-4 pour des faits concernant :

- l'inobservation des nomenclatures ;
- la délivrance d'appareillage ne respectant pas la prescription ou dont la facturation n'est pas conforme au TIPS ;
- l'exécution d'actes de biologie, non conforme à la prescription médicale ;
- le non respect des règles de tarification des transports ou la non conformité du mode de transport à la prescription.

en application des dispositions du code civil (articles 1235, 1376 et suivants), par exemple :

- la délivrance de médicaments (facturations non conformes à l'article R. 162.1 ou délivrances non conformes à la prescription médicale)...

Les modalités de recouvrement de ces indus feront l'objet d'une circulaire spécifique.

3.3.5. Le Tribunal des affaires de sécurité sociale, TASS

Le champ des TASS, s'étend après une phase précontentieuse éventuelle :

- aux litiges d'ordre administratif ;
- aux litiges d'ordre médical ;
- aux litiges consécutifs à des sanctions relatives aux RMO prononcées par les caisses sur avis du CMPL ;
- aux litiges consécutifs aux sanctions prononcées par les caisses sur avis du CMR ;
- aux déconventionnements des professionnels prononcés par les caisses..

Le délai de saisine du TASS est de deux mois, sauf en cas de recours après avis du CMR où il est de 1 mois.

IV - 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.

Au-delà de quelques particularités à chacune des instances (CMPL, CMR, CRO), les dossiers de saisine ont des caractéristiques communes.

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 de déontologie,
- ↳ aux dates à partir desquelles les faits sont opposables (exemple : délai rétroactif de trois ans pour le Conseil Régional de l'Ordre),
- ↳ à 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, copies certifiées conformes...).

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'examens cliniques, d'expertises, ou d'avis sages,
 ne contient aucune information permettant d'identifier les malades...

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. Cette règle est à respecter avec d'autant plus de vigilance que pour le CMPL et le CMR, la voie de recours est le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

Autres recommandations :

- après rédaction du mémoire, le fond et la forme du dossier doivent être validés (pas de faits hors champ de compétence de l'instance choisie, pas de grief sans preuve, 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.

V - Les mesures d'accompagnement

Afin d'optimiser l'application des dispositions des ordonnances prises en application du plan de réforme de l'Assurance maladie, il est recommandé :

- **de développer une formation aux différents contentieux,**

Cette formation doit être organisée en concertation entre la caisse primaire et le service médical tant pour l'animation que pour le choix des participants.

Remarque: à la demande du ministère, l'école nationale de santé publique de Rennes a organisé une formation en deux temps des membres des CMR. Les présidents ont eu, en mars 1997, une formation spécifique à deux volets, l'un effectué par des magistrats et l'autre par le ministère et l'ENSM. L'ensemble des membres, y compris les présidents, ont eu deux jours de formation, en mars-avril 1997, au cours desquelles des études de cas leur ont été présentées par des médecins conseils.

➤ **de développer la concertation CPAM-ELSM chargée de la gestion des différents contentieux.**

En effet, les rôles des deux services sont systématiquement intriqués quelle que soit la filière contentieuse considérée. L'un et l'autre interviennent de façon isolée ou simultanément, depuis la phase d'analyse jusqu'à celle des recours en passant par l'engagement des actions, la participation aux décisions des instances, la notification...

Cette concertation doit être prévue au protocole d'actions concertées.

Parallèlement, sur certains sites, il pourra être utile de réactiver les supports et circuits de signalements d'anomalies émanant tant de la caisse primaire que du service médical.

➤ **de désigner un référent, au niveau du service médical régional, chargé :**

↳ de dispenser aux praticiens conseils l'aide technique nécessaire à cette activité et à ses suites (appels, pourvois en cassation) ;

↳ de centraliser et gérer les difficultés induites par ces actions (contentieux en réplique, demandes reconventionnelles) en apportant un soutien technique et logistique aux échelons locaux.

➤ Afin de faciliter le suivi des contentieux, la CNAMTS a créé "**l'observatoire des contentieux**", annoncé par la *circulaire CABDIR n°16/96 du 20.11.1996*. Cet observatoire a pour objectifs :

↳ d'établir un recueil de l'ensemble des données contentieuses,

↳ de faire une exploitation nationale des données recueillies visant à établir des argumentaires type et à développer un fonds jurisprudentiel thématique pour les services contentieux des organismes et des échelons du service du contrôle médical.

Vous voudrez bien nous tenir informés des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de ces instructions.

**Le Directeur de la Gestion
du Risque**

Jean-Paul PHELIPPEAU

**Le Médecin Conseil National
Adjoint**

Docteur Alain ROUSSEAU

Annexe n° 1

**Circulaire DSS/SDAS/2B n° 97-172 du 6 mars 1997
relative à l'application des dispositions des articles
R. 315-1, R. 315-1-1 et R. 315-1-2
du code de la sécurité sociale**

MINISTERE DU TRAVAIL
FRANCAISE

REPUBLIQUE

ET DES AFFAIRES SOCIALES
DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
Sous-Direction de l'accès aux soins
Bureau 2 B
JL/JL

Le Ministre du travail et des Affaires
Sociales,
et Le Ministre de l'Agriculture, de la Pêche
et de l'Alimentation,

à Madame et Messieurs les Préfets de région
(Directions régionales des affaires
sanitaires
et sociales ;
Direction régionale de la sécurité sociale
des Antilles-Guyane ;
Direction départementale de la sécurité
sociale
de la Réunion ;
Directions régionales de l'agriculture
et de la forêt ;
Services régionaux de l'inspection du
travail,
de l'emploi et de la politique sociale
agricoles)
Mesdames et Messieurs les Préfets de
Département
(Directions départementales des affaires
sanitaires
et sociales)
Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences
régionales de l'hospitalisation

et à - Monsieur le Directeur de la Caisse
nationale
de l'assurance maladie des travailleurs
salariés
(services administratifs et médicaux)
- Monsieur le Directeur Général de la Caisse
nationale d'assurance maladie et maternité
des travailleurs non salariés des
professions
non agricoles (services administratifs et
médicaux)
- Monsieur le directeur général de la Caisse
centrale
de la mutualité sociale agricole

(services administratifs et médicaux)

Circulaire DSS/SDAS/2 B n° 97-172 du 6 mars 1997
relative à l'application des dispositions des
articles R. 315-1, R. 315-1-1 et R. 315-1-2 du
code de la sécurité sociale.

RESUME : compétence du contrôle médical en matière
d'analyse d'activité des professionnels dispensant
des prestations prises en charge par l'assurance
maladie ;
règles de procédure préalables à la mise en oeuvre de
sanctions.

MOTS CLES : Contrôle médical, comité médical régional
instances conventionnelles

TEXTES DE REFERENCE : articles L. 133-4, L. 145-1
et suivants, L. 315-1 à L. 315-3, L. 321-1,
L. 162-12-16,

L. 615-14, R 313-1-1 à R. 315-1-3 CSS

TEXTES ABROGES :

8, avenue de Ségur - 75350 Paris 07 SP

Tél : (1) 40 56 60 00-Télecopie : (1)40 56 72 05

L'article 10 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins détermine les champs dans lesquels les services du contrôle médical des caisses exercent leur mission, d'une part au regard de la justification médicale des soins dispensés aux assurés, d'autre part au regard de la conformité de l'offre de soins aux conditions légales et conventionnelles de prise en charge par l'assurance maladie.

La présente circulaire a pour seule finalité de préciser le champ des professionnels concernés par les analyses d'activité menées par le contrôle médical, les garanties qui leur sont reconnues à cette occasion et les conséquences qui peuvent en découler, notamment lorsqu'elles ont pour objet de déboucher sur une décision de sanction ou de reversement à la caisse. A cet égard, il convient donc de distinguer l'analyse d'activité d'un professionnel qui seule justifie qu'il soit fait application des dispositions de l'article R. 315-1-2 du code de la sécurité sociale, de la constatation d'un abus, au sens du II de l'article L. 315-1, effectuée par exemple à l'occasion d'un contrôle de prestation. Il en va de même d'une enquête qui n'est pas centrée sur un professionnel donné mais sur une zone géographique déterminée (commune, canton) pour laquelle le contrôle médical souhaite disposer d'éléments d'information quant aux pratiques professionnelles ou à des fins épidémiologiques : elle n'est pas assimilable à une analyse d'activité d'un professionnel et ses modalités ne sont pas soumises aux règles de procédure précisées dans la présente circulaire.

Les modalités et les suites de l'analyse d'activité effectuée par le service du contrôle médical sur les établissements de santé feront l'objet d'une circulaire séparée.

1 - Les professionnels concernés

L'ordonnance précitée confère au service du contrôle médical une compétence générale en matière d'analyse d'activité des professionnels de santé.

Les professionnels de santé pouvant faire l'objet d'une analyse d'activité constituent un ensemble très large : il s'agit de l'ensemble des professionnels, quel que soit leur mode d'exercice, qui dispensent ou prescrivent des prestations ouvrant droit à prise en charge par l'assurance-maladie, telles qu'elles figurent à l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

1-1 Les professionnels exerçant à titre libéral

1-1-1 Les professionnels dispensant des soins

Il s'agit des médecins, chirurgiens-dentistes, biologistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral.

Les médecins peuvent être :

- soit des médecins libéraux, mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, quel que soit leur lieu d'exercice : médecine de ville, établissement de santé ;
- soit des praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale, au titre des articles L. 714-30 à L. 714-35 du code de la santé publique, au sein d'un établissement public ou privé (consultations, lits d'hospitalisation), pour la partie libérale de cette activité.

1-1-2 Les autres professionnels délivrant des prestations remboursables

L'analyse d'activité peut également s'étendre à toute vérification du respect par les autres professionnels libéraux des règles légales et conventionnelles qu'ils sont tenus d'observer quand ils décrivent des prestations ouvrant droit à prise en charge par l'assurance-maladie : pharmaciens, fournisseurs d'appareillage, transporteurs sanitaires et non sanitaires, dès lors qu'ils établissent des feuilles de soins ou tout autre élément de facturation donnant lieu à une prise en charge par l'assurance maladie.

1-2 Les professionnels, agents publics ou salariés

Les professionnels concernés sont l'ensemble des professionnels médicaux travaillant comme agents publics ou salariés d'une personne morale de droit public ou privé : médecins de centres de santé, de dispensaires, médecins des établissements de santé publics ou privés

Il convient de préciser que les médecins des établissements de santé peuvent faire l'objet d'une analyse d'activité, en dehors même des analyses d'activité sur les établissements de santé mentionnées au I de l'article R. 315-1 du code de la sécurité sociale. Toutefois, cette analyse porte sur les seules activités de consultations externes.

Le quatrième alinéa de l'article L. 162-12-15 du même code, notamment précise que les références rendues opposables aux médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes "sont également mise en oeuvre par les établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier, pour ce qui concerne leurs activités de consultation externe". L'objet de l'analyse d'activité porte sur la vérification du respect des références et des recommandations de bonne pratique qui leur sont associées.

Toutefois, la limitation du champ de l'analyse à l'activité de consultations externes des médecins agents publics ou salariés ne fait pas obstacle à ce que le service du contrôle médical, lorsqu'il relève, à l'occasion de l'examen d'une prestation d'un assuré social, des abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail ou d'application de la tarification, au sens du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, les signale au médecin, auteur de l'acte ou de la prescription en cause, et en informe, le cas échéant, la commission médicale compétente, le directeur de l'établissement et le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Je vous rappelle qu'en tout état de cause, aucune sanction ne peut être engagée contre un

médecin salarié ou contre un médecin hospitalier exerçant à titre public.

2 - les procédures encadrant le déroulement de l'analyse d'activité

Les articles R. 315-1-1 à R. 315-1-3 déterminent les droits et obligations respectifs du service du contrôle médical et des professionnels mentionnés à l'article L. 315-1-IV du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions ont pour objet de renforcer simultanément, d'une part les possibilités de sanctions et leur application effective aux professionnels de santé, d'autre part le droits et garanties dont ils bénéficient. Ces garanties s'appliquent désormais à l'ensemble des procédures pouvant conduire à la mise en oeuvre de sanctions à l'égard des professionnels, à l'issue d'une analyse d'activité.

2-1-1 Information du professionnel

Le contrôle médical n'a pas à informer le professionnel qu'il fera l'objet d'une analyse d'activité, ni, a fortiori, à lui préciser quels éléments ou quelle période d'activité seront plus particulièrement examinés.

Cependant, lorsque, en cours d'analyse, le service du contrôle médical estime nécessaire d'entendre ou d'examiner des patients, il doit en informer le professionnel concerné par l'analyse. Cette information a pour objet de signifier au professionnel que, dans le cadre de l'analyse d'activité dont il fait l'objet, certains de ses patients sont susceptibles d'être convoqués ou visités, sans qu'il soit nécessaire de mentionner l'identité des malades qui feront l'objet d'un examen par le praticien conseil. Elle peut prendre la forme d'un courrier-type.

Elle n'est expressément requise que pour autant que le praticien conseil envisage d'entendre ou d'examiner des assurés sociaux. Il appartient alors au praticien conseil d'utiliser cette possibilité avec le souci d'éviter à l'assuré toute démarche exagérément contraignante.

Lorsque le praticien conseil a terminé son analyse d'activité, il informe le professionnel de ses conclusions. Une telle disposition est d'application générale, que le professionnel concerné ait été préalablement informé qu'il faisait l'objet d'une analyse d'activité ou pas, que les conclusions du service du contrôle médical donnent lieu, ou pas, à des observations particulières et, le cas échéant, à la mise en oeuvre des procédures prévues au III de l'article R 315-1.

2-1-2 Droit de communication

Le service du contrôle médical a communication de l'ensemble des supports écrits et informatiques lui permettant de procéder à l'analyse d'activité d'un professionnel.

Le praticien conseil peut notamment demander communication au médecin de tout élément utile du dossier médical de ses patients.

2-1-3 Les procédures applicables en cas de mise en oeuvre des procédures de récupération ou de sanction

Lorsqu'il a décidé de mettre en oeuvre les procédures de récupération ou de sanction, le service du contrôle médical avise la caisse des anomalies relevées et l'informe des suites susceptibles d'être données. Cette démarche de procédure ne doit s'accompagner d'aucune communication d'information nominative à caractère médical.

Le directeur de la caisse se borne à prendre acte des anomalies relevées et ne peut en aucune manière inférer dans l'appréciation médicale portée sur les faits litigieux. Il est tenu de notifier au professionnel concerné les observations du service du contrôle médical, dans leur intégralité et en s'abstenant de tout commentaire. Cette notification doit être effectuée systématiquement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

La lettre de notification devra comporter l'ensemble des informations nécessaires au

professionnel pour faire utilement valoir ses droits dans le cadre de la procédure contradictoire. cette lettre devra obligatoirement mentionner :

- la nature des faits pour lesquels le contrôle médical a relevé des anomalies,

- l'identité du praticien conseil qui a mené l'analyse d'activité et auprès duquel le professionnel pourra, s'il le souhaite, obtenir un entretien,

- qu'un entretien peut être sollicité, auprès du praticien conseil, par le professionnel, celui-ci devant être en mesure de rapporter la preuve de cette demande d'entretien ; s'il ne prend pas l'initiative de solliciter une entrevue, il est réputé y renoncer et ne pourra s'en prévaloir lors qu'une étape ultérieure de la procédure,

- la mention du délai d'un mois pendant lequel le professionnel peut faire état de ses observations ou demander à être entendu par le praticien conseil.

Ce délai doit permettre une discussion sur les griefs relevés à l'encontre du professionnel, notamment de vérifier contradictoirement la matérialité et la gravité des faits reprochés.

L'obtention d'un entretien individuel est donc un droit pour le professionnel. Le service du contrôle médical ne peut le refuser. L'entretien doit se dérouler dans le respect des règles de déontologie et garantir notamment 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, un procès-verbal attestant que l'entretien sollicité a été accordé, est signé conjointement par le professionnel et le praticien-conseil. Si le professionnel refuse de signer le procès-verbal, la lettre du service du contrôle médical fixant la date et le lieu de l'entretien fera foi. D'autres entretiens pourront intervenir dans le délai précité, avec l'accord du service du contrôle médical.

3 - Les suites d'une analyse d'activité

L'analyse d'activité peut déboucher, si les résultats de l'analyse le justifient, sur la mise en oeuvre d'actions de sensibilisation des professionnels à partir des pratiques constatées. Elle peut en outre aboutir à la mise en oeuvre de procédures de récupération ou de sanction.

3 - 1 Les actions d'information

Les analyses d'activité diligentées par le service du contrôle médical doivent être l'occasion d'un dialogue entre le praticien conseil et le professionnel à partir des enseignements pertinents et utiles pour sa propre pratique qui auront été mis en évidence. Les conclusions générales non nominatives des analyses effectuées pourront être portées à la connaissance des instances représentatives de ces professionnels et donner lieu à la mise en oeuvre d'actions collectives de sensibilisation.

En tout état de cause, même dans le cas où il estime que les faits relevés encourent une procédure de sanction, le praticien-conseil, auteur de l'analyse, peut, à tout moment avant la saisine des instances appropriées, notamment à l'issue de l'entretien qu'il aura accordé au professionnel, estimer qu'il n'y a pas lieu de poursuivre les faits initialement relevés et limiter la portée de ses conclusions à des observations verbales, assorties, le cas échéant, d'une mise en garde.

3-2 La mise en oeuvre de la procédure de sanction ou de récupération d'indu

L'analyse d'activité a aussi pour objet de recenser d'éventuelles violations des règles légales et conventionnelles et, le cas échéant, d'engager les procédures de sanction correspondantes.

Ainsi, lorsqu'à l'issue de l'entretien avec le professionnel, le service du contrôle médical estime que les griefs relevés justifient l'application de sanctions, les procédures suivantes peuvent être utilisées :

- saisine de la juridiction ordinaire, en application des dispositions des articles L. 145-1 et suivants, en cas de faute, abus, fraudes ou tous faits intéressant l'exercice de la profession, s'agissant des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, biologistes, pharmaciens, quel que soit leur mode d'exercice ;

- saisine du comité médical régional, en cas d'inobservation des règles mentionnées à l'article L. 315-3, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral ;

- saisine du comité médical paritaire local et, le cas échéant, du comité médical régional, en cas de non respect des références médicales opposables ;

- saisine des instances prévues par les conventions respectives des chirurgiens-dentistes, sages-femmes, biologistes, auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral, en cas d'inobservation des règles de bonne pratique et des références opposables à ces professions ;

- récupération de l'indu auprès du professionnel qui a dispensé des prestations ouvrant droit à prise en charge par l'assurance maladie, en application des dispositions de l'article L. 133-4 (inobservation de la nomenclature générale des actes professionnels, de la nomenclature des actes de biologie médicale, du tarif interministériel des prestations sanitaires, des règles de tarification des frais de transport, ou en cas de facturation en vue du remboursement d'un acte non effectué, de facturation d'un dispositif médical ou de frais de transport non conforme à la prescription).

Lorsque le ou les faits irréguliers relèvent de la procédure mentionnée à l'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale, en l'absence de récidive et dans la mesure où il s'agit de manquements à caractère bénin, la transaction, au sens de l'article 2044 du code civil, peut également être envisagée. Ce règlement transactionnel, qui doit constituer un compromis

équilibré entre les intérêts des deux parties, ne modifie en rien les règles de saisine du comité médical régional. Notamment, il n'a pas pour effet de retarder l'échéance du délai d'un mois mentionné à l'article R. 315-1-2 pour la saisine du comité médical régional.

Un même fait ne peut donner lieu à la mise en oeuvre simultanée de plusieurs des procédures ci-dessus que pour des griefs différents. En revanche, la saisine des instances ou des juridictions susmentionnées ne fait pas obstacle à ce que soient engagées concurremment des poursuites pénales.

3-3 Règles de procédure propres aux cas de non-respect des références opposables aux médecins

Les dispositions des articles R. 315-1-1 et R. 315-1-2, en tant qu'elles renforcent les garanties accordées au professionnel, sont intégralement applicables au cas de saisine du CMPL, ainsi que l'ensemble des dispositions de la présente circulaire encadrant l'analyse d'activité.

En ce qui concerne les suites données aux analyses d'activité en cas d'inobservation des références médicales opposables (RMO), l'article 19 de l'ordonnance susmentionnée (article L. 162-2-16) fixe uniquement la compétence des CMPL et la parité de leur composition ; il dispose par ailleurs que le comité médical paritaire local (CMPL) est "chargé notamment d'instruire les dossiers qui lui sont soumis concernant le respect des références mentionnées à l'article L. 162-5 ou, le cas échéant, des références figurant dans le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9". Les modalités du fonctionnement interne des CMPL sont renvoyées à la convention ou au règlement conventionnel.

Lorsque le comité médical régional (CMR) intervient en lieu et place du CMPL, en application de l'article L. 162-12-16, ses modalités de fonctionnement sont alors identiques à celles applicables lorsqu'il est saisi sur la base de l'article L. 315-3. Cependant, il applique les mêmes règles que celles appliquées

par le CMPL lorsqu'il se prononce sur les conditions d'opposabilité dont sont assorties les références, notamment les règles de fréquence qui caractérisent l'infraction. De même, il ne peut proposer à la caisse que la ou les sanctions prévues par la convention ou le règlement conventionnel.

La décision de sanction est prise par la caisse sur avis du CMPL et est exécutoire dès sa notification. Elle peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

Il s'ensuit que le comité médical paritaire national (CMPN) prévu à l'article 20 de l'arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins n'a plus de compétence d'appel en la matière.

4 - Dispositions transitoires

L'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 ainsi que le décret n° 96-786 du 10 septembre 1996 appellent les observations de mise en oeuvre suivantes :

4 - 1 Dispositions encadrant le déroulement des analyses d'activité

Elles sont applicables un jour franc à compter de la date de publication du décret, soit à compter du 12 septembre 1996. Cependant, il ne pourra être fait grief au service du contrôle médical de ne pas avoir, le cas échéant, informé le professionnel de son intention d'examiner certains de ses patients, lorsque l'analyse d'activité était en cours au moment de la publication du décret. En revanche, les procédures prévues à l'issue d'une analyse d'activité (notification par la caisse, délai d'un mois accordé au professionnel pour faire valoir ses observations, entretien) sont applicables pour toute analyse d'activité terminée au 12 septembre 1996 et qui n'a pas encore donné lieu, à cette date, à l'engagement d'une procédure de récupération d'indu ou à la saisine de l'une des instances ou juridictions mentionnées au paragraphe 3-2 de la présente circulaire.

4-2 Faits pouvant donner lieu à récupération ou sanction

Si les faits relevés pouvaient d'ores et déjà donner lieu à récupération ou sanction avant la publication de l'ordonnance (L. 133-4 en ce qui concerne la NGAP), le droit applicable n'est pas modifié. L'ordonnance et le décret sont sans effet sur les analyses et procédures en cours.

Si les faits relevés sont au nombre des faits mentionnés par l'ordonnance comme pouvant désormais donner lieu à récupération ou sanction, deux cas doivent être distingués :

- les récupérations d'indu, dans les cas introduits dans l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale (transports, TIPS), peuvent être mises en oeuvre pour des faits commis un jour franc à compter de la date de publication de l'ordonnance, soit à compter du 26 avril 1996.
- les suites données devant le comité médical régional en application de l'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables aux faits commis à compter du 12 septembre 1996.

4-2-3 Cas particuliers des références opposables

Aucune disposition législative ou réglementaire n'ayant modifié le champ de références opposables ou les conditions de cette opposabilité, tous les contrôles ou analyses d'activité, quelle que soit la date à laquelle ils ont été initiés et quelle que soit la date des anomalies relevées, restent valables.

En ce qui concerne les procédures qui doivent être observées en cours d'analyse, les dispositions du paragraphe 4-1 ci-dessus sont applicables.

En ce qui concerne les instances conventionnelles compétentes lorsque le service du contrôle médical décide de donner des suites contentieuses aux faits litigieux, je vous rappelle que le CMPL, auquel l'ordonnance confère une existence légale, est compétent pour statuer, qu'il ait été saisi avant ou après le 26 avril

1996. En revanche, le comité médical paritaire national (CMPN) n'est plus compétent pour statuer à compter du 26 avril 1996, qu'il ait été saisi avant ou après le 26 avril 1996 et quelle que soit la date des faits portés devant lui. Les affaires pendantes, le cas échéant, devant lui au 26 avril 1996, ne peuvent plus être examinées par lui. A cet égard, deux cas doivent être distingués :

- lorsqu'il se trouve saisi d'une affaire, sur appel de l'une des parties, alors que le CMPL s'est valablement prononcé par un avis, le CMPN doit informer simultanément le requérant et le CMPL qu'il n'est plus compétent pour statuer et que l'avis rendu par le CMPL s'impose à la caisse. Parallèlement, le CMPN transmet l'avis du CMPL à la caisse laquelle doit prendre une décision conformément à l'avis rendu. Cette décision est exécutoire dès sa notification au professionnel par le directeur de la caisse. Elle peut ultérieurement être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.

- lorsque le CMPN se trouve saisi d'une affaire, suite à une absence d'avis du CMPL, il doit être regardé comme incompétent. La carence du CMPL est alors constatée si celui-ci ne s'est pas prononcé dans les deux mois à compter de la date de publication de l'arrêté mentionné à l'article L. 162-12-16, et le CMR est alors saisi. Il en va de même pour les dossiers dont le CMPL se trouve saisi et pour lesquels il ne s'est pas prononcé à la date de publication de l'arrêté.

Vous voudrez bien me tenir informé des difficultés que vous pourriez rencontrer dans la mise en oeuvre de ces instructions.

Le ministre du travail et des affaires sociales
 Pour le Ministre et par délégation,
 Le Directeur de la Sécurité Sociale,

Raoul BRIET

Le ministre de l'Agriculture, de la Pêche
 et de l'Alimentation

Le Sous-Directeur
de la Protection Sociale,

Mireille RIOU-CANALS

Annexe n° 2**TABLEAUX RECAPITULATIFS
DES FILIERES CONTENTIEUSES**

CONTENTIEUX DU CONTROLE TECHNIQUE

Les textes :	L. 145-1 et suivants, R. 145-1 et suivants L. 145-2 et suivants R 315-1 et suivants
Filière contentieuse :	Saisine directe d'une juridiction de 1ère instance de l'ordre administratif = SAS des Ordres Appel = SAS du CNO Pourvoi = Conseil d'Etat
Champ :	Tous les faits survenus dans l'exercice de la profession constituant des fautes, fraudes ou abus, constatés à l'occasion de soins donnés aux assurés sociaux
Référentiels	Codes de déontologie, de la santé publique, de la sécurité sociale, références professionnelles, nomenclatures, Code pénal ...
Vocation :	Sanctions morales, relatives à l'exercice ou sanctions financières, pour des faits graves au regard de l'éthique médicale.
Faits recevables :	Date : rétroactivité de 3 ans
Parties au litige :	SM et/ou SA/professionnels de santé
Procédure :	Procédure écrite et contradictoire
Délais d'instruction :	SAS 1ère instance = 12 mois
Sanctions :	Avertissement, blâme, interdiction avec ou sans sursis, remboursement.

RECUPERATION D'INDUS

Les textes :	Article L. 133-4
Filière contentieuse	Sanction directe par la caisse, CRA TASS Cour d'appel Cour de cassation
Champ :	• Non-respect (NGAP - NABM - TIPS - Tarification des transports) • Facturation d'actes, de dispositifs ou de transports non effectués ou non conformes à la prescription
Référentiels :	Nomenclatures, TIPS, règles de facturation
Vocation :	Récupération d'indus auprès du professionnel
Faits recevables :	Griefs d'ordre administratif à l'occasion de demandes de remboursement
Parties au litige :	Caisse/professionnels
Procédure :	Demande directe de la caisse auprès du professionnel
Sanction :	Récupération des indus

INTERVENTION DU TASS DANS LES DIFFERENTS CONTENTIEUX

Les textes :	R. 142-7 et suivants du code de la sécurité sociale L. 315-3 et L. 162-12-16 R 142-7-10
Filière contentieuse :	CRA (selon la nature du litige) TASS, 1ère instance de l'ordre judiciaire Cour d'appel (selon la nature ou le montant du litige) Cour de cassation
Champ :	• Litige administratif ou médical. • Litiges consécutifs à des sanctions conventionnelles (sauf en matière de reversement) • Litiges consécutifs aux sanctions prononcées sur avis du CMR
Référentiels :	Ceux des contentieux à l'origine de la saisine du TASS
Vocation :	Juridiction de 1ère instance ; voie de recours des décisions prises sur avis de la CRA, du CMR, des instances conventionnelles
Faits recevables :	Délais de saisine du TASS = 2 mois Sauf après notification de l'avis du CMR = 1 mois
Parties au litige :	Caisse/assuré ou professionnel
Procédure :	Audience Rôle délibératif de la caisse primaire
Délais d'instruction :	Non précisés par les textes Recours non suspensif après sanctions prononcées sur avis du CMR
Décisions :	Tranche les litiges qui lui sont présentés après avoir éventuellement eu recours à une expertise médicale L. 141-1 ou à une expertise technique spécifique L. 141-2-1 : - maintient un refus ou décide du versement d'une prestation (contentieux général) - apprécie la régularité de la procédure mise en oeuvre et la conformité de la décision à l'avis du CMR statue sur les sanctions prévues par la convention

CONVENTION MEDICALE

Les textes :	La convention en vigueur Art. R. 315-1 et suivants Art. L. 162-1-8 Art. L. 162-5-1 à 11 Art. L. 162-9 Art. L. 162-12-6 à 16
Filière contentieuse :	- Saisine d'instances médicales paritaires conventionnelles En cas de défaut d'avis du CMPL (délai de 2 mois), saisine du CMR - TASS - Cour de cassation
Champ :	Tous les engagements conventionnels
Référentiels :	Convention Références médicales opposables Code de la sécurité sociale
Vocation :	Concertation à visée pédagogique en première intention Sanctions financières ou relatives au conventionnement
Faits recevables	Faits postérieurs à la signature de la convention ou de l'avenant tenant lieu de référentiel
Parties au litige :	Instances conventionnelles/professionnels
Procédure :	Saisine écrite Audition éventuelle Notifications écrites Rôle délibératif du service médical
Sanctions :	Prévues par la convention

SUSPENSION DES PRESTATIONS

Les textes :	Art. L. 315-2 ; R. 315-1-3
Filière contentieuse :	Refus médical dont la voie de recours est l'expertise L. 141-1 CRA TASS Cour d'appel Cour de cassation
Champ :	Toute prestation
Référentiels :	Médicaux et médico-administratifs
Vocation :	Suspension d'une prestation non justifiée médicalement juste soin
Faits recevables :	Tous les refus médicaux de prestations en cours
Parties au litige :	Caisse/assuré
Procédure :	Notification avec voies de recours + information du médecin prescripteur et si nécessaire de l'exécutant
Sanctions :	Suspension d'une prestation

COMITE MEDICAL REGIONAL

Les textes	Art. L. 315-3. Art. L. 162-12-16. Art. R. 142-7-1 et suivants Art. R. 315-1-1 et suivants.	
Filière contentieuse	Saisine d'une instance précontentieuse dont la voie de recours est le TASS (qui juge en premier et dernier ressort). Pourvoi : Cour de cassation.	
Champ et référentiels	A	1. Respect des règles relatives à l'utilisation de l'ordonnance bi-zone. (art. R. 321-1) 2. Respect des dispositions de l'article L. 162-4 : signalement de prescription hors des indications thérapeutiques remboursables. 3. Respect des dispositions article L. 321-1, 2 ^e alinéa relatif aux transports des assurés sociaux. 4. Respect des dispositions article L. 321-1, 5 ^e alinéa relatif aux indemnités journalières.
	B	Défaut d'avis du CMPL en matière de RMO.
Vocation	A	Appliquer des sanctions financières (non assimilables à des récupérations d'indus) en cas de non-respect de règles de prescription.
	B	Suppléer à un défaut d'avis du CMPL en matière de RMO
Faits recevables	A	Faits postérieurs au 12 septembre 1996
	B	“ carence ” du CMPL constatée 2 mois après la date de publication de l'arrêté (J.O. du 14 mars 1997)
Parties au litige		Caisse/prescripteur
Procédure :		Saisine par le SM Procédure contradictoire
Délais d'instruction :		Non précisés
Sanctions :		Financières plafonnées Aggravées en cas de récidive

Annexe n° 3

**ORIENTATION DES PROCEDURES
SELON LA NATURE
DES ACTES ET DES PRESTATIONS**

Schémas non intégrés dans la base.(11 documents)

Annexe n° 4**CHOIX DES PROCEDURES SELON LES
GRIEFS**

CHOIX DES PROCEDURES SELON LES GRIEFS VIS A VIS DU PROFESSIONNEL.

FAITS	REFERENTIELS NON RESPECTES	PROCEDURES A PRIVILEGIER	AUTRES PROCEDURES POSSIBLES **				
			CMR	SAS	CMPL	L. 133-4	Autres
Non-respect des règles du bi-zone	L. 324-1 L. 322-3-3° et 4°	CMR		+	-	-	-
Non signalement du non-respect des indications thérapeutiques remboursables	L. 162-4 L. 162-17	CMR		-	-	-	-
Thérapeutiques dangereuses illusoires, inutiles, non conformes à l'A.M.M.	L. 162-17 Code de déontologie (articles 8, 32 et 40)	SAS	-		-	-	-
Prescriptions I.J. non justifiées médicalement	L. 321-1, 5°	CMR		+	-	-	-
Prescriptions de transport non justifiées	L. 321-1, 2°	CMR		+	-	-	-
Non-respect des R.M.O.	Références Médicales	CMPL	+	-		-	-
Fautes, fraudes, abus		SAS	-		-	+	Pénal
Non-respect de la : NGAP NABM TIPS, facturation transports	NGAP + assimilation	L. 133-4	-	+	+		Pénal
	NABM	L. 133-4	-	+	-		Pénal
	TIPS	L. 133-4	-	+	-		Pénal
	Convention transporteur	L. 133-4	-	-	-		Pénal
Non-respect des règles de rédaction des ordonnances	CSP	SAS				-	-

**** procédures possibles mais qui ne doivent pas être engagées simultanément pour les mêmes griefs sauf au pénal**

Annexe n° 5**NOTE SUR LA TRANSACTION
AU SENS DE L'ARTICLE 2044 DU CODE
CIVIL**

LES TRANSACTIONS

Définition

La transaction est un contrat par lequel les parties terminent une contestation née, ou préviennent une contestation à naître.

Ce contrat doit être rédigé par écrit (article 2044 du Code civil).

La caractéristique principale de ce contrat, non indiquée par le Code Civil, mais relevée par la jurisprudence, est que les parties se font des **concessions réciproques**.

Conditions

Le contrat de transaction implique :

- ◆ une contestation née ou à naître,
- ◆ une intention des parties d'y mettre fin,
- ◆ une réciprocité des concessions.

La transaction suppose que les parties renoncent à certaines prétentions. Il n'est pas nécessaire que les concessions mutuellement consenties soient d'égale importance.

Conclusion de la transaction

Les conditions de validité des contrats doivent être respectées, à savoir la capacité des parties, le consentement, l'objet, la cause.

La transaction doit être rédigée par écrit, à titre d'élément de preuve.

Portée d'une transaction

L'article 2052 du Code Civil dispose que "les transactions ont, entre les parties, l'autorité de la chose jugée en dernier ressort".

L'autorité de chose jugée dont est revêtue la transaction met fin définitivement à un litige et emporte extinction du droit d'agir en justice par les différentes parties.

La transaction ne peut avoir pour effet d'engager d'autres personnes que les signataires. Elle n'a pas d'effet à l'égard des tiers.

Faits concernés

- ◆ Tous les manquements à caractère bénin
- ◆ Sont exclus les délits réprimés par le droit pénal

Cas de figure

- ◆ constatation d'un ou plusieurs faits irréguliers relevant de la procédure mentionnée à l'article L. 315-3 du code de la sécurité sociale par le service médical ou d'un indu entrant dans le champ d'application de l'article L. 133-4 par la caisse,
- ◆ transaction proposée en principe par le professionnel de santé,
- ◆ décision prise par le directeur de la caisse sur le principe d'une transaction,
- ◆ négociations avec le professionnel de santé menées par la caisse conjointement ou non avec le service médical,
- ◆ contractualisation par les services juridiques de la caisse,
- ◆ paiement à la caisse.

Remarques

La transaction est conçue comme un moyen parmi d'autres (voie judiciaire...) pour parvenir au règlement d'un conflit. Elle ne peut intervenir que pour des faits à caractère bénin, et, en l'absence de récidive.

Il apparaît important de respecter certaines règles pour disposer de moyens de preuve en cas de problèmes ultérieurs. Il est donc recommandé d'élaborer des relevés de discussions visés par les parties afin de pouvoir démontrer, a posteriori, qu'une réelle négociation a eu lieu.

Ces relevés de discussions permettent également de fixer l'état du dossier dans le temps (problème de prescription).

Annexe n° 6**ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE
APRES L'ANALYSE D'ACTIVITE D'UN
MEDECIN EXERCANT A TITRE LIBERAL**

Schéma non intégré dans la base.

Annexe n° 7

**DECISION DU CONSEIL D'ETAT
DU 5 MARS 1982 N° 30.864
PORTANT SUR LA SAISINE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL DE L'ORDRE A
L'ENCONTRE D'UN MEDECIN
HOSPITALIER**

Le Conseil d'Etat

5 mars 1982 N° 30.864

Sur le rapport de la 3ème Sous-Section

Vu la requête, enregistrée le 10 février 1981 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée pour M. LE BRAS, chirurgien chef de service au centre hospitalier de Saint-Tropez (Var) demeurant centre hospitalier de Saint-Tropez (Var) et tendant à ce que le Conseil d'Etat: 1°) annule la décision de la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des médecins du 20 novembre 1980 lui interdisant de donner des soins aux assurés sociaux pendant trois mois, à compter du 2 mars 1981; 2°) renvoie l'affaire à la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des médecins;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L.403 à L.408;

Vu les décrets du 28 novembre 1955 et du 28 juin 1979 portant code de déontologie médicale;

Vu le code de la santé publique;

Vu l'ordonnance du 31 juillet 1945 et le décret du 30 septembre 1953;

Vu la loi du 30 décembre 1977.

Sur le moyen tiré de ce que la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins n'aurait pas statué sur tous les moyens qui lui étaient présentés:

Considérant que la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins s'est prononcée sur tous les moyens soulevés devant elle par M. Le Bras; qu'elle n'était pas tenue de répondre à tous les arguments que le requérant avait présentés à l'appui de ses moyens;

Sur le moyen tiré de ce que la caisse primaire d'assurance maladie du Var n'avait pas qualité pour saisir la juridiction ordinaire:

Considérant que l'instance engagée contre M. Le Bras par la caisse primaire d'assurance maladie du Var, est fondée sur les dispositions du chapitre II du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, relatif au contentieux du contrôle technique; qu'aux termes de l'article L. 403, qui fait partie de ce chapitre du code, "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 du conseil régional de discipline des médecins ou des chirurgiens-dentistes

et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes, 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" et qu'en vertu de l'article L.404, "les conseils régionaux, visés à l'article L.403, peuvent être saisis... par les services ou organismes de sécurité sociale..."; que les dispositions de l'article L.418 du code de la santé publique selon lesquelles "les médecins chargés d'un service public et inscrits au tableau de l'ordre, ne peuvent être traduits devant le conseil régional, à l'occasion des actes de leurs fonctions publiques, que par le ministre de la santé publique et de la population, le directeur départemental de la santé ou le procureur de la république", ne sont applicables que dans le cas d'une action disciplinaire, engagée sur le fondement des articles L.417 et suivants du code de la santé publique; qu'ainsi, contrairement à ce que soutient le requérant, la caisse primaire d'assurance maladie du Var avait qualité pour saisir la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins;

Sur le moyen tiré de la violation des droits de la défense:

Considérant que l'enquête à laquelle la caisse primaire d'assurance maladie a fait procéder en vue d'établir les faits qui ont ensuite servi de base aux poursuites engagées contre M. Le Bras ne constituait pas un élément de la procédure suivie devant la juridiction disciplinaire; que son irrégularité éventuelle est, dès lors, sans influence sur la régularité de cette procédure; que cette régularité ne peut pas non plus être affectée par la circonstance que M. Le Bras n'aurait pas reçu une lettre du 12 avril 1977, par laquelle, avant même l'ouverture de l'enquête, la caisse lui avait signalé certaines erreurs dans la cotation des actes portés sur les feuilles de soins;

Sur les autres moyens:

Considérant que pour motiver la sanction prise à l'encontre de M. Le Bras, la section des assurances sociales du conseil national de l'Ordre des médecins s'est fondée sur ce que le praticien a commis des irrégularités répétées dans l'établissement des feuilles de soins des assurés sociaux et a, à plusieurs reprises, omis de remettre ces feuilles aux intéressés; qu'en estimant que les faits, dont la matérialité est établie par les pièces du dossier, étaient de nature à justifier une sanction disciplinaire, la section des assurances sociales les a exactement qualifiés;

Considérant, enfin, que, si M. Le Bras soutient que la sanction qui lui a été infligée est disproportionnée par rapport aux faits qui lui étaient reprochés, l'appréciation à laquelle la section des assurances sociales s'est livrée sur ce point échappe au contrôle du juge de cassation.

DECIDE

Article 1er - La requête de M. Le Bras est rejetée.

Après avoir entendu le rapport de M. DELON, Auditeur, les observations de Me FORTUNET, avocat de M. Le Bras, et de Me de SEGOGNE, avocat de l'Ordre national des médecins, et les conclusions de M. ROUX, Commissaire du Gouvernement.