

**Date :**

20/07/2022

**Domaine(s) :**

Management - organisation  
Gestion du dossier client  
professionnels de sante

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

Procédure de conciliation et de sanction applicable aux refus de soins illégitimes et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux

**Liens:**

CIR-36/2020

**Liens externes :**

**Plan de classement :**

P12 MANAGEMENT -  
ORGANISATION

P04 GESTION DU DOSSIER CLIENT  
PROFESSIONNELS DE SANTE

**Emetteur(s) :**

DDGOS / DDO

**Pièces jointes :** 2

**à Mesdames et Messieurs les :**

**Directeurs**  | CPAM  CNAM  CGSS  CSS Mayotte

**DCGDR**

**Médecins conseil**  | Régionaux

**Pour mise en œuvre immédiate**

**Résumé :**

Mise à jour le 24 février 2023.

La présente circulaire annule et remplace la circulaire CIR-36-2020. Elle a pour but de présenter le décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif d'une part, à la procédure applicable en cas de saisine du directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie ou du président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel par une personne s'estimant victime de refus de soins illégitimes (article L.1110-3 du CSP) et d'autre part, aux sanctions pour dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux. Mise à jour des éléments relatifs à l'indemnisation des membres de la commission et des tiers extérieurs ainsi que les délais de prescription applicable et des éléments relatifs à la compétence des commissions mixtes composées des représentants des CPAM. La CSS Mayotte est concernée par le sujet.

**Mots clés :**

Refus de soins illégitimes ; conciliation ; dépassements d'honoraires ; médiation ; sanction ; ordre

**La Directrice Déléguée à la Gestion et à  
l'Organisation des Soins**



**Marguerite CAZENEUVE**

**Le Directeur Délégué aux Opérations**



**Pierre PEIX**



## Objet : **Procédure de conciliation et de sanction applicable aux refus de soins illégitimes et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux**

Affaire suivie par : [reglementation.prestation.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:reglementation.prestation.cnam@assurance-maladie.fr)

Le décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 *relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux* définit les pratiques pouvant être caractérisées de refus de soins discriminatoires, fixe le périmètre et les modalités de cette procédure de conciliation et les sanctions applicables, ainsi que celles en cas de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

Publié au journal officiel du 4 octobre 2020, ce décret est applicable aux plaintes enregistrées plus de trois mois après sa publication, c'est-à-dire celles déposées à compter du 5 janvier 2021.

La procédure est déclinée aux articles R.1110-8 à R.1110-16 du CSP et sera détaillée par une instruction ministérielle à paraître.

La présente circulaire a pour but de présenter le décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif d'une part, à la procédure applicable en cas de saisine du directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie ou du président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel par une personne s'estimant victime de refus de soins illégitimes (article L.1110-3 du CSP) et d'autre part, aux sanctions pour dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

### **I. Procédure applicable aux refus de soins discriminatoires**

La procédure devant la commission mixte de conciliation est à mettre en œuvre dans le cadre d'une saisine pour **refus de soins discriminatoire** concernant un **professionnel de santé qui relève d'un ordre professionnel, hors cas de récidive**.

#### **1. Périmètre de la procédure de conciliation**

##### **1.1. La notion de refus de soins discriminatoires**

Le refus de soins discriminatoire a été défini par le code de la santé publique.

En effet, il ressort de l'article L.1110-3 du CSP qu'un professionnel de santé ne peut pas refuser de soigner une personne pour l'un des motifs de discrimination suivants :

- sur le fondement de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de sa particulière vulnérabilité résultant de sa situation économique, apparente ou connue de son auteur, de son patronyme, de son lieu de résidence, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de son appartenance ou de sa non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie, une Nation, une prétendue race ou une religion déterminée (article 225-1 du code pénal) ;

- parce qu'elle a subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel (article 225-1-1 du code pénal) ;
- parce qu'elle bénéficie de la complémentaire santé solidaire (article L.861-1 du Code de la sécurité sociale) ou de l'aide médicale de l'Etat (article L.251-1 du Code de l'action sociale et des familles).

Par ailleurs, l'article R.1110-8 du CSP dispose qu'un refus de soins discriminatoire est constitué par toute pratique qui vise à empêcher ou dissuader un individu d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par tout moyen, notamment par des obstacles à l'accès effectif à un professionnel de santé ou aux conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, de l'un des motifs de discrimination visés ci-dessus.

L'instruction ministérielle DSS/2A/2021/12 du 5 janvier 2021 donne quelques exemples de pratiques pouvant ainsi caractériser un refus de soins illégitime :

- Les pratiques causant des difficultés d'accès au professionnel de santé, telles que :
  - ✓ l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un autre professionnel, centre ou établissement de santé,
  - ✓ ou encore la fixation d'un délai de rendez-vous manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par le professionnel ou de l'affection à traiter ;
- Les procédés entraînant des obstacles financiers d'accès aux soins, notamment :
  - ✓ le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les bénéficiaires de protection complémentaire en matière de santé,
  - ✓ le fait de ne pas respecter les limitations d'honoraires ou les plafonds tarifaires,
  - ✓ ou encore le refus d'appliquer le tiers payant ou d'élaborer un devis dans les situations où ils sont prévus par la loi ou la voie conventionnelle.

De ce fait, le refus de soins peut découler d'une **discrimination directe** en cas de refus de recevoir un patient ou de moins bien le traiter comme d'une **pratique indirecte**. Il peut être retenu même si les soins ont été réalisés.

## 1.2. A l'origine du refus de soins discriminatoire : un professionnel de santé relevant d'un ordre

Seules les professions de santé relevant d'un ordre professionnel sont concernées par la mise en œuvre de cette procédure de conciliation.

Les réclamations visant les professions de santé ne disposant pas d'un ordre professionnel (les ergothérapeutes, les psychomotriciens, les orthophonistes et orthoptistes, les assistants dentaires, les aides-soignants, les auxiliaires de puériculture, les préparateurs en pharmacie, les manipulateurs d'électroradiologie médicale, les audioprothésistes, les opticiens-lunetiers, les prothésistes et orthésistes et les diététiciens) sont traitées dans le cadre de la procédure de médiation instituée dans les caisses primaires d'assurance maladie (cf. paragraphe 4.1).

Par ailleurs, en application de l'article L.162-1-14-1 du code de la sécurité sociale, en cas de refus de soins avéré, le directeur de l'organisme dispose d'un pouvoir de sanction qu'il peut utiliser sans conciliation préalable.

Ces professionnels de santé sont donc susceptibles d'être sanctionnés en application des articles R.147-13 à R.147-17 du code de la sécurité sociale.

### 1.3. Non applicable en cas de récidive

**En application de l'alinéa 4 de l'article L.1110-3 du CSP, la procédure de conciliation ne s'applique pas en cas de récidive.**

L'article R.1110-14 du CSP définit la condition de récidive : lorsque le professionnel de santé mis en cause a déjà fait l'objet dans les six années précédant la réception de la plainte d'une sanction définitive pour refus de soins discriminatoire, prononcée par une juridiction ordinaire ou par le directeur d'un organisme local d'assurance maladie.

Ce délai est conforme au délai de prescription de six ans applicable pour un délit en droit pénal, la discrimination étant inscrite dans le code pénal aux articles 225-1 à 225-4<sup>1</sup>.

## 2. L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT DE LA COMMISSION MIXTE DE CONCILIATION

L'organisation et le fonctionnement de cette commission sont régis par les articles R.1110-9 et R.1110-10 du CSP.

### 2.1. La composition de la commission

La commission mixte de conciliation est composée de quatre membres (art. R1110-9 CSP) :

- deux représentants de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM)
- et deux membres représentant le conseil compétent de l'Ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit.

Chaque ordre dispose d'une commission mixte où l'assurance maladie siège.

Il peut s'agir du conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre concernant les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes, du conseil régional ou interrégional de l'ordre concernant les pédicures-podologues et les pharmaciens relevant de la section A ou encore du conseil central de l'ordre concernant les pharmaciens rattachés aux autres sections.

Chacune des deux autorités désigne deux membres titulaires et deux suppléants pour une durée de trois ans.

S'agissant des représentants de l'Assurance Maladie, et conformément aux dispositions du code de la sécurité sociale (article L.211-2-1), l'article R.1110-9 du CSP est venu rappeler qu'il appartenait au conseil de la caisse de désigner les personnes représentant la caisse dans l'instance au sein de laquelle elle est amenée à siéger.

L'article 4 du décret du 2 octobre 2020 prévoit que les membres titulaires et suppléants des commissions de conciliation doivent être désignés dans un délai maximal de trois mois à compter de la date de publication du décret, soit avant le 5 janvier 2021.

---

<sup>1</sup> En cas de récidive, la plainte est transmise sans délai à l'autorité qui n'en a pas été destinataire (CPAM ou Conseil de l'ordre) et la victime est informée que la conciliation n'aura pas lieu.

Puis le président du conseil de l'ordre au tableau duquel le professionnel mis en cause est inscrit transmet la plainte dans un délai maximal de trois mois à compter de sa réception, à la juridiction ordinaire compétente avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant.

Le président du conseil de l'ordre concerné informe le directeur de l'organisme local d'assurance maladie de cette transmission et ultérieurement, de la décision rendue par la juridiction ordinaire

## 2.2. L'indemnisation des membres de la commission

Le principe retenu est que l'indemnisation des membres de la commission de conciliation est à la charge de l'organisation qu'ils représentent.

Les membres appartenant à l'organisme d'assurance maladie bénéficient d'une indemnité de vacation et de déplacement dans les conditions prévues par l'arrêté du 13 avril 1988 relatif à l'indemnisation des administrateurs des organismes de sécurité sociale.

Les membres représentant le conseil de l'ordre sont indemnisés selon les règles de droit commun d'indemnisation des membres des conseils ordinaires.

## 2.3. Compétence territoriale

Aux termes de l'article R.1110-9 du CSP, la commission a une compétence territoriale à la date de la saisine. Ainsi la commission compétente serait celle qui se trouve sur le territoire dans lequel le professionnel de santé exerce son activité.

Pour apprécier la compétence territoriale de la commission, il y a lieu de se placer à la date de sa saisine : en effet, la caisse compétente pour traiter la plainte est celle située dans le ressort duquel est installé le praticien **à la date de la saisine** ; de même l'ordre territorialement compétent est celui au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit à la date de la saisine (R.1110-9 CSP).

En cas de saisine d'une commission territorialement incompétente (notamment si le professionnel de santé n'est plus inscrit dans ce ressort au moment de la saisine), l'autorité ayant reçu la plainte la transmet au Conseil de l'Ordre dans lequel le professionnel de santé est inscrit ou à l'organisme d'assurance maladie du nouveau lieu d'exercice du professionnel territorialement compétent au moment de l'examen de la plainte.

En l'absence de disposition spécifique pour les assurés qui ne sont pas rattachés au régime général (hors MSA qui dispose de sa propre commission), il a été convenu, en accord avec le Ministère, que leurs plaintes peuvent être examinées par les commissions mixtes composées des représentants des CPAM.

## 2.4. Quorum

La commission peut siéger si au moins un membre de chacune des catégories de représentants est présent et à la condition que la parité soit respectée entre les membres de ces catégories (R.1110-10 CSP).

## 2.5. Recours à des avis extérieurs

La commission peut faire appel à toute personne qualifiée ou à un expert extérieur afin d'éclairer ses travaux. Ce tiers extérieur ne peut néanmoins pas prendre part à la conciliation (article R.1110-10 du CSP).

Cette faculté réglementaire permet notamment au service médical de venir éclairer la commission.

Ces tiers assurent cette mission de façon bénévole en l'absence de dispositions législatives ou réglementaire prévoyant leur rémunération.

## 2.6. Indépendance et respect du secret

Un membre ne peut pas siéger s'il a un lien quelconque avec l'une des parties. En effet, l'alinéa 2 de l'article R.1110-10 du CSP précise qu'« *un membre ne peut pas siéger lorsqu'il a un lien direct ou indirect, d'ordre notamment familial ou professionnel, faisant obstacle à l'exercice de sa mission, avec l'une des parties à la procédure* ».

Par ailleurs, toute personne participant à la procédure (membre, avis extérieurs, secrétariat..) est soumise au secret.

## 2.7. Le secrétariat de la commission

La commission est assistée d'un secrétariat qui accuse réception de la plainte, convoque les parties, réceptionne les éventuelles observations écrites des parties, assure la tenue de la commission, établit un relevé de la séance etc.

L'article R.1110-10 du CSP prévoit que le secrétariat de la séance est assuré par l'autorité qui a reçu la plainte, **sauf si les deux autorités concernées en conviennent autrement.**

## 3. LA PROCEDURE DE CONCILIATION

La procédure de conciliation est prévue par l'article L. 1110-3 et précisée aux articles R.1110-11 et R.1110-12 du CSP.

### 3.1. La saisine

En application de l'article L.1110-3 du CSP, « *Toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits qui permettent d'en présumer l'existence. Cette saisine vaut dépôt de plainte* ».

Ainsi, il n'est pas nécessaire que la personne porte plainte expressément, la simple mention par une personne d'un refus de soins discriminatoire suffit.

La saisine peut être effectuée soit par la personne s'estimant victime du refus de soin discriminatoire, soit par une association ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades, agréées en application de l'article L.1114-1 du CSP, ayant reçu un mandat exprès de la part de la personne concernée. Elle peut également être déposée par un avocat.

L'article R.1110-11 du CSP fixe les mentions que doit contenir la saisine :

- l'identité et les coordonnées de la personne s'estimant victime d'un refus de soins discriminatoire,
- les éléments permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause,
- et la description des faits reprochés.

Un formulaire de plainte, établi dans le but de sécuriser la procédure et de permettre de préciser tous les éléments attendus est diffusé par l'instruction ministérielle susmentionnée et mis à disposition des assurés sur le site [ameli.fr](http://ameli.fr).

L'utilisation de ce formulaire, bien que recommandée, n'est pas obligatoire.

La saisine doit être adressée par tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception (notamment une lettre recommandée avec accusé de réception ou un courriel auquel le destinataire accuse réception).

L'autorité ayant reçu la plainte en accuse réception dans les 8 jours et la transmet à l'autorité qui n'en a pas été destinataire ainsi qu'au professionnel de santé visé en mentionnant sa date de réception.

### 3.2. Le délai de prescription applicable

Par cohérence avec l'absence de prescription dans le droit commun disciplinaire devant les juridictions ordinaires des professions de santé (Cons. Const. 25 novembre 2011, n°2011-199 QPC), il n'y a pas de délai de prescription applicable aux faits reprochés en matière de refus de soins discriminatoire.

Dès lors qu'une saisine est enregistrée à partir du 05 janvier 2021, la commission est compétente pour examiner la plainte quelle que soit l'antériorité des faits en cause.

### 3.3. L'audition éventuelle du professionnel de santé

En application de l'article R.1110-11 du CSP, il est possible, dans un délai d'un mois à compter de la réception de la plainte, que l'autorité récipiendaire convoque le professionnel de santé afin de l'auditionner.

Cette audition permet au praticien mis en cause de faire valoir ses observations. Le patient ayant déposé plainte n'est pas convoqué à ce stade.

Cette audition fait l'objet d'un procès-verbal qui est transmis à la commission.

### 3.4. La séance de la commission

Dans les trois mois suivant la réception de la plainte, la séance de la commission doit se tenir.

Le secrétariat convoque les parties au moins quinze jours avant la séance, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa réception (article R.1110-11 CSP).

La commission se réunit en un lieu fixé d'un commun accord entre l'organisme local d'Assurance Maladie et le conseil de l'Ordre territorialement compétent. A défaut, elle est accueillie par l'autorité ayant reçu la plainte (article R.1110-12 CS).

Les auditions des parties sont réalisées durant la séance.

Les parties peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix, un mandat doit être établi et remis à la commission le cas échéant. Un modèle de mandat de représentation est diffusé en annexe de l'instruction ministérielle et mis à disposition des assurés sur le site ameli.fr.

A noter que les avocats n'ont pas besoin d'établir de mandat compte tenu des règles applicables à leur profession.

Si les parties ne peuvent être présentes, ni se faire représenter lors de la séance, elles peuvent adresser des observations écrites au secrétariat de la commission, en précisant les raisons de l'empêchement.

Exceptionnellement, en cas d'impossibilité de réunir l'ensemble des personnes, et sous réserve de l'accord des parties, la conciliation peut se dérouler par des moyens de visioconférence ou de conférence téléphonique garantissant la confidentialité des échanges.

A l'issue de la séance, la commission peut constater soit la conciliation qui met fin au litige soit l'absence de conciliation lorsque la personne ne retire pas sa plainte ou lorsqu'au moins une des parties n'a pas répondu à la convocation.

### 3.5. Le procès-verbal

En vertu de l'article R.1110-12 du CSP, le secrétariat de la commission établit un relevé de séance qui est signé en séance par les parties ou leurs représentants et les membres de la commission. Ce relevé constitue une pièce essentielle de la procédure.

Pour prévenir toute contestation, l'instruction ministérielle va prévoir fixe la liste des informations préconisées à mentionner dans ce cadre :

- la date de réception de la plainte ;
- l'objet de la plainte ;
- le rappel des faits tels que décrits par la personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire ;
- l'identité des parties ;
- l'identité des membres de la commission mixte de conciliation présents ;
- la date de la séance de conciliation ;
- la mention des parties convoquées et présentes ;
- la mention des tierces personnes présentes assistant ou représentant l'une ou les parties ;
- la synthèse des échanges au cours de la séance de conciliation ;
- la mention d'une conciliation ou d'une absence de conciliation à l'issue de la séance ;
- les points de désaccords qui subsistent en cas de non conciliation.

Le cas échéant, le procès-verbal de l'audition du professionnel de santé en amont de la séance de conciliation peut être annexé au relevé de la séance de conciliation.

Dans les huit jours à compter de la séance de conciliation, le relevé est remis ou adressé à chacune des parties et transmis au directeur de l'organisme d'assurance maladie ainsi qu'au président du Conseil de l'Ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit.

### 3.6. L'issue de la procédure de conciliation

En cas de conciliation, il est mis fin au litige.

En cas de non conciliation, et comme l'indique l'article R.1110-13 du CSP, le président du Conseil de l'Ordre au tableau duquel est inscrit le professionnel de santé doit transmettre à la chambre disciplinaire de première instance de la juridiction ordinaire compétente, dans le délai de trois mois suivant la séance de conciliation, la plainte, en s'y associant le cas échéant, accompagnée de son avis motivé et de toutes les pièces du dossier .

Le président du conseil de l'ordre informe le directeur de la caisse primaire de cette transmission, et ultérieurement, de la décision rendue par la juridiction ordinaire.

## 4. L'ARTICULATION DE LA PROCEDURE DE CONCILIATION AVEC LES AUTRES PROCEDURES

### 4.1. La procédure de médiation de l'Assurance Maladie

Ayant constaté les obstacles de nombreux bénéficiaires de droit à la protection complémentaire ou du droit à l'aide médicale d'Etat d'accéder aux soins, l'Assurance Maladie a mis en place, depuis 2008, un mécanisme de médiation concernant les signalements de refus de soin déclarés par ces bénéficiaires.

Ce dispositif de médiation, aidant les patients à accéder aux soins, continuera à perdurer en complément de la procédure de conciliation concernant les refus de soins.

Dans le cas où le médiateur reçoit des signalements de patients s'estimant victimes d'un refus de soins et si le praticien relève d'un ordre, le médiateur oriente vers le dispositif de conciliation prévu à l'article L.1110-3 du CSP et répond également aux éventuelles interrogations sur le déroulement de la procédure de conciliation. Il informe notamment l'assuré qu'il peut recourir à une association agréée afin qu'elle puisse l'accompagner et l'aider dans ses démarches auprès de la commission de conciliation.

L'intervention du médiateur de la CPAM n'est pas considérée comme un préalable à la procédure de conciliation. Elle ne se substitue pas non plus à la conciliation mixte prévue par le décret, mise en œuvre dès réception de la plainte.

Dans l'hypothèse où l'intervention du médiateur de la caisse d'Assurance Maladie aboutit à l'identification d'une solution amiable avec le professionnel de santé concerné avant la séance de conciliation, la commission mixte doit en être immédiatement informée. Elle pourra alors confirmer le cas échéant l'opportunité de cette solution et acter la conciliation entre les parties.

Lorsque le signalement reçu concerne un professionnel de santé ne relevant pas d'un ordre professionnel ou lorsque le professionnel relève d'un ordre mais se trouve en situation de récidive, la procédure de conciliation prévue à l'article L.1110-3 du CSP n'est pas applicable (cf. § 1.2).

Ainsi, le médiateur de la CPAM est pleinement compétent pour s'occuper de ce différend.

De même, le directeur de la caisse d'assurance maladie ou le président du Conseil de l'Ordre, saisi d'une plainte pour refus de soins, peut solliciter le médiateur afin d'aider la victime à bénéficier des soins, sans que cela n'ait pour effet d'éteindre l'action.

### 4.2. La conciliation ordinale

L'application de la procédure de conciliation applicable aux refus de soins discriminatoires exclut l'application de la procédure de conciliation strictement ordinale prévue à l'article L.4123-2 du CSP (cf. dernier alinéa de l'article R.1110-11 du CSP).

Cette exclusion s'applique également à la procédure de conciliation ordinale prévue pour les professions paramédicales.

A noter que l'instruction ministérielle précise qu'à l'inverse, si une plainte pour refus de soins est déposée à l'encontre d'un professionnel déjà engagé dans une procédure de conciliation ordinale prévue L.4123-2 du code de la santé publique, cette plainte doit être instruite dans le cadre de la procédure applicable au refus de soins. En effet, la procédure prévue à l'article L.1110-3 ne peut être substituée par la procédure ordinale dans la mesure où elle repose sur une commission de conciliation mixte à laquelle participent à la fois des représentants du conseil de l'ordre et de l'organisme local d'assurance maladie.

## 5. LA PROCEDURE DE SANCTION EN CAS DE CARENCE DE L'ORDRE

L'article R.1110-15 du CSP prévoit deux situations dans lesquelles une procédure de sanction peut être engagée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie à l'encontre du professionnel pour refus de soins illégitimes :

- en cas de carence, par l'ordre professionnel concerné, du délai de trois mois imparti pour mettre en œuvre la procédure de conciliation (R.1110-11 du CSP),
- en cas de carence, par l'ordre professionnel concerné pour saisir la juridiction disciplinaire à la suite d'une non-conciliation (R.1110-13 du CSP).

Dans ces deux situations, le directeur **de la caisse compétente pour traiter la plainte (Cf.2.3)** peut engager la procédure de sanction prévue à l'article L.114-17-1 du code de la sécurité sociale, sur le fondement de l'article R.147-13 1° du CSS, selon les modalités fixées à l'article R.147-14 du même code (envoi d'une notification des faits reprochés, consultation pour avis de la commission des pénalités financières, avis conforme du DG UNCAM).

Les sanctions encourues par le professionnel de santé sont prévues par les articles R.147-15 et R.147-16 du CSS.

## 6. UN BILAN ANNUEL DE LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE PROCEDURE

L'article R.1110-16 du CSP prévoit la réalisation par le Directeur Général de l'Uncam d'un bilan annuel des actions engagées.

Ce bilan doit être adressé :

- au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de la sécurité sociale,
- au Défenseur des droits,
- et aux commissions d'évaluation des refus de soins mentionnées à l'article D.4122-4-2 du CSP.

Il précise notamment :

- le nombre de plaintes reçues,
- le nombre de professionnels ayant fait l'objet d'une plainte,
- le nombre de conciliations menées ainsi que leur délai moyen de réunion et leurs résultats,
- le nombre de plaintes transmises aux juridictions ordinaires le cas échéant ainsi que leur délai moyen de transmission,
- et le nombre de sanctions prononcées sur ce motif par les juridictions ordinaires ou les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie.

## II. SANCTIONS ENCOURUES EN CAS DE DEPASSEMENTS D'HONORAIRES ABUSIFS OU ILLEGAUX

L'article R.147-13 du CSS prévoit les différents manquements d'un professionnel de santé pouvant faire l'objet d'une sanction prononcée par le directeur de l'organisme local d'Assurance Maladie, dont la pratique des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure ou non conformes à la convention dont relève ce professionnel.

Les articles R.147-15 et R.147-16 du CSS envisagent le barème de sanctions applicables à ces manquements.