

CIRCULAIRE

CIR-5/2016

Document consultable dans Médi@m

Date :

01/03/2016

Domaine(s) :

contentieux et affaires juridiques

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

Objet :

Débouchés contentieux
préconisés en cas de fraude,
activités fautives ou abusives

Liens :

Cir-1/2012

Plan de classement :

P14

Emetteurs :

DCCRF

Pièces jointes :

à Mesdames et Messieurs les

- | | | |
|--|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Directeurs | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM | <input type="checkbox"/> CARSAT |
| | <input type="checkbox"/> UGECAM | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS |
| | | <input type="checkbox"/> CTI |
| <input type="checkbox"/> Agents Comptables | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Médecins Conseils | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |

Pour mise en oeuvre Immédiate

Résumé :

Cette circulaire a pour objet de fournir des préconisations relatives aux suites contentieuses à mettre en œuvre en fonction du type de manquement (fraude, activités fautives ou abusives) et du montant du préjudice relevés à l'encontre d'un assuré, d'un professionnel de santé, d'un fournisseur, d'un transporteur, d'un employeur ou de toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins ou à réaliser une prestation de service au profit des bénéficiaires pris en charge par les Caisses du Régime Général.

Mots clés :

Fraude, activités fautives ou abusives, suites contentieuses.

Le Directeur Général



Nicolas REVEL

CIRCULAIRE : 5/2016

Date : 01/03/2016

Objet : Débouchés contentieux préconisés en cas de fraude, activités fautives ou abusives

Affaire suivie par :

DACCRF/DDC Anne-Sophie ARAGNOUET ☎ 01.72.60.28.74

DACCRF/DDC Jérôme RODENBACH ☎ 01.72.60.24.02

La présente circulaire a pour objet de fournir des préconisations relatives aux suites contentieuses à mettre en œuvre en fonction du type de manquement et du montant du préjudice relevés à l'encontre d'un assuré¹, d'un professionnel de santé, d'un fournisseur, d'un transporteur, d'un employeur ou de toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux assurés pris en charge par le régime général. En ce sens, elle annule et remplace la circulaire CIR-50/2006 relative aux débouchés contentieux des contrôles et analyses d'activité des Professionnels de santé.

Cette circulaire ne s'applique pas aux établissements pour lesquels les suites contentieuses, lorsqu'elles ne sont pas prévues par un programme de contrôle national, sont à concerter avec la CNAMTS.

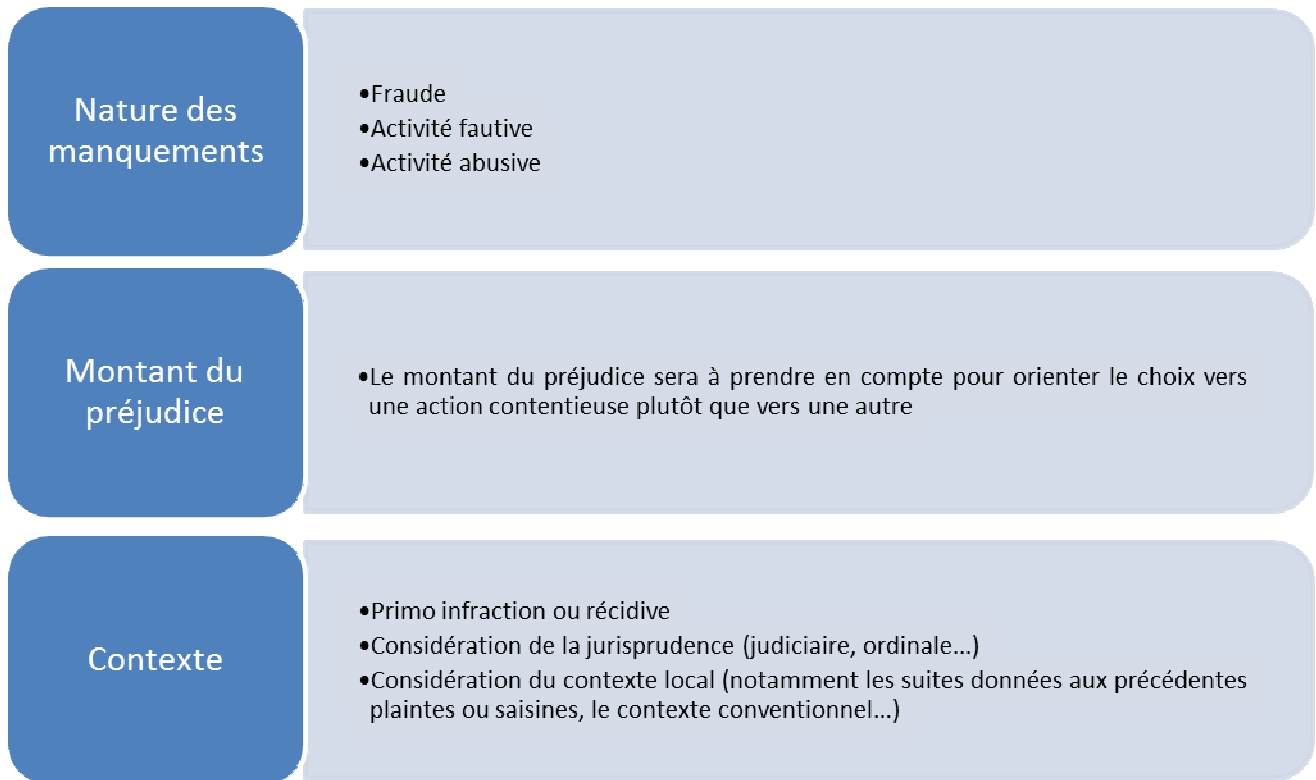
Elle précise notamment les modalités d'articulation entre les différents dispositifs de sanctions, ceux prévus respectivement par la loi, le règlement et par les conventions signées entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de santé, les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, les fournisseurs de biens médicaux, les centres de santé, les transporteurs sanitaires et les taxis le cas échéant.

La présente circulaire n'a pas vocation à traiter des modalités de récupération des indus ou de réparation du préjudice en fonction des manquements constatés.

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

1. Principes généraux

Le choix de la suite contentieuse tiendra compte des critères suivants :



Nature des manquements et qualification juridique des faits

Une fois que les investigations ont permis d'établir la matérialité des faits, il convient de les **qualifier juridiquement** afin de déterminer la règle ou les règles de droit applicable(s).

En cas de pluralité de règles de droit applicables, le choix de la voie contentieuse se fera au regard du montant du préjudice subi, puis tiendra compte du but recherché et des éléments de contexte.



Quant à la **nature des manquements**, il s'agit de leur classification en fraudes, activités fautives ou activités abusives, conformément aux définitions données par la circulaire CIR-1/2012. La circulaire CIR-1/2012 a pour objet de donner des définitions opérationnelles de la fraude, des activités fautives ou abusives pour l'Assurance Maladie afin d'harmoniser les qualifications juridiques données pour des faits de même nature.

La référence à la nature des manquements permet également de schématiser les préconisations nationales relatives aux suites contentieuses.

Il est rappelé qu'au sens de la circulaire CIR-1/2012, relèvent de la fraude les faits illicites commis **intentionnellement** par une ou plusieurs personnes physiques ou morales dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue au préjudice d'un organisme d'assurance maladie. L'Assurance Maladie a établi une liste exhaustive et limitative des manquements qu'elle qualifie de fraude ; cette liste figure dans la circulaire CIR-1/2012.

Aucune action contentieuse (notamment le dépôt d'une plainte pénale ou l'engagement d'une procédure des pénalités financières pour fraude) visant à sanctionner une fraude ne doit être mise en œuvre si l'intentionnalité n'est pas établie. Il s'agit de ne pas confondre la fraude et la faute, voire l'erreur, qu'il s'agisse d'une erreur de droit (mauvaise interprétation de la règle de droit) ou d'une erreur matérielle (par exemple : erreur lors de la facturation).

A. Principe de légalité des délits et des peines

Une personne ne peut être sanctionnée que si le manquement qui lui est opposé est expressément **prévu et réprimé** par un texte législatif, réglementaire ou conventionnel, applicable à la date de commission des faits.

- Un texte doit expressément prévoir, d'une part, que le ou les fait(s) constaté(s) constitue(nt) un manquement et, d'autre part, la sanction qui leur est applicable.
- Du principe de légalité découle le principe de non-rétroactivité de la loi pénale plus sévère, étendu aux dispositions relatives aux sanctions en général. En application de ce principe, les sanctions pénales, ordinaires, conventionnelles et les pénalités financières ne peuvent être prononcées qu'à raison de faits commis postérieurement à l'entrée en vigueur de la loi, du décret ou de l'arrêté les prévoyant.
- A contrario, le principe de rétroactivité de la loi pénale plus douce ne permettra pas de prononcer des sanctions sur la base d'un texte abrogé, et ce y compris si des poursuites ont déjà été engagées et que les faits ont été commis antérieurement à la suppression du texte prévoyant le manquement ou sa sanction.

Par ailleurs en cas d'allègement des sanctions réprimant la commission d'un fait, ces nouveaux quantum devront être immédiatement appliqués, y compris concernant des faits commis antérieurement à la modification textuelle.

B. Qualification juridique des faits

Pour procéder à la qualification juridique des faits, il convient de se référer aux dispositions du code pénal, du code de la santé publique, du code de la sécurité sociale ou de tout autre texte législatif ou réglementaire, codifié ou non, et des conventions nationales ou locales (notamment pour les taxis) organisant les rapports entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

a) Qualifications pénales

Les infractions pénales sont définies soit par le code pénal, soit par des dispositions pénales spéciales figurant dans d'autres codes ou lois non codifiées.

Les qualifications pénales les plus souvent retenues dans les dossiers de fraudes aux prestations sociales portés devant les juridictions pénales sont les suivantes (liste non exhaustive) :

- o Escroquerie (art. 313-1 du code pénal).

A noter que l'escroquerie au préjudice d'un organisme de protection sociale pour l'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu est une circonstance aggravante du délit d'escroquerie depuis la LFSS pour 2014² (dans ce cas il convient de se référer aux articles 313-1 et 313-2 5° du code pénal). S'agissant d'une loi pénale plus sévère, cette nouvelle disposition ne s'applique qu'aux faits commis postérieurement à l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2014 (le 25 décembre 2013).

En cas de dépôt de plainte pénale visant des faits antérieurs à l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2014, il convient de se référer uniquement à l'article 313-1 du code pénal.

² Article 86 de la LFSS pour 2014, publiée au Journal Officiel du 24 décembre 2013, entrée en vigueur le 25 décembre 2013.

- Faux et usage de faux (art. 441-1 du code pénal).
 - Déclaration mensongère à un organisme de protection sociale aux fins d'obtention d'une allocation, d'une prestation, d'un paiement ou d'un avantage indu (art. 441-6 al.2 du code pénal). La rédaction de cet alinéa a été modifiée par la LFSS pour 2014.
 - Infraction à la législation sur les stupéfiants (articles 222-34 à 222-39 du code pénal, notamment l'article 222-37, et articles L.3421-1 à L3424-1 du code de la santé publique) et à celle relative aux substances vénéneuses (articles L.5432-1 à L.5432-5 du code de la santé publique³).
 - Exercice illégal d'une profession réglementée (code de la santé publique).
 - Il convient de rappeler qu'avec l'abrogation de l'article L.114-13 du code de la sécurité sociale⁴, l'infraction spéciale de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale a disparu. La nouvelle rédaction du 2^{ème} alinéa de l'article 441-6 du code pénal permet désormais de faire de cet article l'outil principal de qualification pénale utilisable en matière de fraude aux prestations sociales, en remplacement de l'article L.114-13 du code de la sécurité sociale.
- b) Les codes de déontologie de certaines professions de santé prévoient également les devoirs et obligations qui incombent aux professionnels concernés. Le non-respect de ces dispositions peut faire l'objet d'une plainte devant la chambre disciplinaire du conseil de l'ordre (dispositions codifiées dans le code de la santé publique). Ces plaintes sont ici désignées sous l'intitulé « plaintes disciplinaires ».
- c) Concernant certaines catégories de professionnels de santé, les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession peuvent être soumis à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil de l'ordre (art. L.145-1 et suivants du code de la sécurité sociale). Ces actions sont ici désignées sous l'intitulé « saisines de la SAS » du Conseil de l'Ordre.
- d) Les articles R.147-6 à R.147-10 du code de la sécurité sociale listent les manquements pouvant faire l'objet d'une pénalité financière (L.114-17-1 du code de la sécurité sociale) pour faute concernant les bénéficiaires, professionnels de santé, laboratoires de biologie médicale, établissements de soins, EHPAD et prestataires de services et les employeurs.
- Les articles R.147-11 et R.147-12 du même code énoncent les manquements éligibles à une pénalité financière (L.114-17-1 du code de la sécurité sociale) pour fraude et « fraude en bande organisée ». Dans ce cas, tous les acteurs auteurs de fraude sont concernés, et pas seulement les acteurs éligibles à une pénalité financière pour faute. Par exemple, à ce jour, un centre de santé n'est pas éligible à une pénalité financière pour faute, mais il peut être éligible à une pénalité financière pour fraude.
- e) Enfin les conventions nationales régissant les rapports entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, laboratoires de biologie médicale, transporteurs sanitaires et centres de santé, d'une part, et les conventions locales régissant les rapports entre les caisses et les taxis, d'autre part, prévoient ceux des non-respects des dispositions desdites conventions pouvant faire l'objet d'une sanction conventionnelle.

³ Ordonnance n°2013-1183 du 19 décembre 2013, dont les dispositions sont entrées en vigueur le 1er février 2014.

⁴ Abrogation par l'article 86 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

2. Préconisations en fonction de la nature des manquements et du montant du préjudice subi

De manière opérationnelle, chaque organisme (et chaque Direction régionale du service médical pour les saisines ordinaires) est appelé à privilégier ces préconisations sous réserve de considérations intégrant le contexte local.

Les tableaux 1 à 3 ci-dessous précisent les préconisations de l'Assurance Maladie en matière de choix de contentieux selon la classification des manquements résultant de la circulaire Cnamts CIR-1/2012 et le montant du préjudice.

Le montant du préjudice financier du dossier est un élément important dans le choix de la suite contentieuse.

Les éléments de contexte doivent être intégrés pour que la décision soit la mieux adaptée à la situation : primo-infraction ou récidive, prise en compte du contexte local (suites données antérieurement aux précédentes plaintes pénales, saisines de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'Ordre...).

Ne sont pas traitées dans cette circulaire :

- les activités dangereuses,
- la non-qualité des soins.

Synthèse des suites contentieuses préconisées, en fonction de la nature des manquements et du montant du préjudice financier subi, sous réserve d'instructions spécifiques, notamment celles figurant dans les lettres-réseau de programmes de contrôles contentieux

Tableau n°1 : Préconisations pour les dossiers présentant des fraudes, exclusivement ou majoritairement

NB : Les actions préconisées dans ce tableau s'accompagnent des signalements suivants : signalement en application de l'article L.162-1-19 Css pour les professionnels disposant d'un Ordre et/ou signalement au Procureur de la République pour les assurés et les professionnels ne disposant pas d'un Ordre.

Nature des manquements selon la classification opérée par la CIR-1/2012	Catégorie d'acteur	Suite contentieuse préconisée	
		Préjudice exclusivement lié à la fraude < à 8 PMSS	Préjudice exclusivement lié à la fraude > à 8 PMSS
Fraude exclusivement OU Dossier « mixte » fraude majoritaire (en montant) + activités fautives	Assurés et employeurs	Procédure des pénalités financières pour fraude (R.147-11), pour faute (R.147-6 ou R.147-7) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements	Plainte pénale (en fonction du contexte local, le dossier pourra faire l'objet d'une procédure des pénalités pour fraude après échange avec le procureur de la République)
	Offreurs de soins disposant d'un Ordre	Prioritairement procédure des pénalités financières pour fraude (R.147-11), pour faute (R.147-8) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements OU, le cas échéant, saisine ordinaire (SAS) ou procédure conventionnelle, en opportunité et notamment si le manquement n'est pas éligible à une pénalité financière	
	Autres offreurs de soins et prestataires de services	Prioritairement procédure des pénalités financières pour fraude (R.147-11), pour faute (R.147-8) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements OU procédure conventionnelle pour les professions disposant d'une convention, en opportunité et notamment si le manquement n'est pas éligible à une pénalité financière	
Dossier « mixte » fraude minoritaire (en montant) + activités abusives	Assurés	Procédure des pénalités financières pour fraude (R.147-11), pour faute (R.147-6) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements	Choix en opportunité entre la voie pénale et la voie ordinaire (section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre) pour les professions disposant d'un ordre, au regard du contexte local, en tenant compte du fait que la juridiction ordinaire pourra connaître de l'ensemble des faits du dossier, tandis que la juridiction pénale ne pourra pas se prononcer sur l'ensemble des activités abusives sans recourir à une expertise médicale. Il convient en effet d'éviter la « médicalisation » du dossier au pénal : la voie ordinaire peut s'avérer préférable dans ces situations.
	Offreurs de soins et prestataires de services	Procédure des pénalités financières pour fraude (R.147-11), pour faute (R.147-8) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements, les abus ayant été constatés par le service du contrôle médical.	

Tableau n°2 : Préconisations pour les dossiers présentant des activités fautives, exclusivement ou majoritairement

NB : Les actions préconisées dans ce tableau s'accompagnent, en cas de fraude, des signalements suivants : signalement en application de l'article L.162-1-19 Css pour les professionnels disposant d'un Ordre et/ou signalement au Procureur de la République pour les assurés et les professionnels ne disposant pas d'un Ordre.

Nature des manquements selon la classification opérée par la CIR-1/2012	Catégorie d'acteur	Suite contentieuse préconisée	
		Préjudice total < à 8 PMSS	Préjudice total > à 8 PMSS
Activité(s) fautive(s) exclusivement	Assurés et employeurs	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-6 ou R.147-7).	
	Offreurs de soins et prestataires de services	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-8) pour les faits éligibles à une telle procédure OU Procédure conventionnelle pour les professions disposant d'une convention et pour les faits éligibles à une telle procédure, en opportunité et notamment si le manquement n'est pas éligible à une pénalité financière.	
Dossier « mixte » activités fautives majoritaires (en montant) + fraude	Assurés et employeurs	Procédure des pénalités financières pour fraude (R.147-11), pour faute (R.147-6 ou R.147-7) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements	
	Offreurs de soins et prestataires de services	Procédure des pénalités financières pour fraude (R.147-11), pour faute (R.147-8) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements OU Saisine de la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre pour les professions disposant d'un ordre. OU Procédure conventionnelle pour les professions disposant d'une convention et pour les faits éligibles à une telle procédure, en opportunité et notamment si le manquement n'est pas éligible à une pénalité financière.	
Dossier « mixte » activités fautives + activités abusives	Assurés	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-6). <i>Avant la mise en œuvre de toute procédure concernant un assuré, une réponse aux besoins de soins du patient doit être recherchée (protocole de soins L324-1 CSS, suspension de prise en charge L.315-2 CSS).</i> <i>Les constats effectués en matière d'abus doivent systématiquement être expertisés par le service du contrôle médical.</i>	
	Offreurs de soins et prestataires de services	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-8), les abus ayant été constatés par le service du contrôle médical. OU Saisine de la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre pour les professions disposant d'un ordre.	

Tableau n°3 : Préconisations pour les dossiers présentant des activités abusives, exclusivement ou majoritairement

NB : Les actions préconisées dans ce tableau s'accompagnent, en cas de fraude, des signalements suivants : signalement en application de l'article L.162-1-19 Css pour les professionnels disposant d'un Ordre et/ou signalement au Procureur de la République pour les assurés et les professionnels ne disposant pas d'un Ordre.

Nature des manquements selon la classification opérée par la CIR-1/2012	Catégorie d'acteur	Suite contentieuse préconisée	
		Préjudice total < à 8 PMSS	Préjudice total > à 8 PMSS
Activités abusives exclusivement OU Dossier « mixte » activités abusives majoritaires (en montant) + fraude	Assurés	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-6) ou procédure « mixte » en fonction de la qualification des manquements. <i>Avant la mise en œuvre de procédure, une réponse aux besoins de soins du patient doit être recherchée (protocole de soins L324-1 CSS, suspension de prise en charge L.315-2 CSS).</i> <i>Les constats effectués en matière d'abus doivent systématiquement être expertisés par le service du contrôle médical.</i>	
	Offreurs de soins disposant d'un Ordre	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-8) ou procédure « mixte » (fraude et faute) en fonction de la qualification des manquements, les abus ayant été constatés par le service du contrôle médical.	Saisine de la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre
	Autres offreurs de soins et prestataires de services	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-8) ou procédure « mixte » (fraude et faute) en fonction de la qualification des manquements, les abus ayant été constatés par le service du contrôle médical.	
Dossier « mixte » activités abusives + activités fautives	Assurés	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-6). <i>Avant la mise en œuvre de toute procédure, une réponse aux besoins de soins du patient doit être recherchée (protocole de soins L324-1 CSS, suspension de prise en charge L.315-2 CSS).</i> <i>Les constats effectués en matière d'abus doivent systématiquement être validés par le service du contrôle médical.</i>	
	Offreurs de soins disposant d'un Ordre	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-8), les abus ayant été constatés par le service du contrôle médical. OU Saisine de la section des assurances sociales du Conseil de l'Ordre	
	Autres offreurs de soins et prestataires de services	Procédure des pénalités financières pour faute (R.147-8), les abus ayant été constatés par le service du contrôle médical.	

3. Limitation du cumul de sanctions

3.1. Règle et exceptions

La Charte du contrôle des professionnels de santé par l'Assurance Maladie pose le principe d'une limitation du cumul des sanctions en cas de constat d'activités fautives ou abusives, pour un même dossier. Ce principe doit être largement appliqué, et peut concerner certains dossiers de fraude. En ce sens, le choix de la caisse devra s'orienter vers la procédure qui permettra de connaître de l'ensemble des faits du dossier ou d'un maximum de faits.

Par extension et dans un souci d'égalité de traitement, ce principe doit être appliqué à l'ensemble des personnes mises en cause, y compris celles non visées par la Charte de contrôle de l'activité des professionnels de santé (assurés, taxis, fournisseurs de la liste des produits et prestations...).

Pour des dossiers de fraude dont l'enjeu financier ou d'image est important, plusieurs actions contentieuses peuvent être mises en œuvre simultanément pour un même dossier afin de faire cesser la fraude le plus rapidement possible et d'obtenir des sanctions ou des condamnations à la hauteur de la fraude.

3.2. Signalements effectués auprès des autorités et/ou Ordres professionnels compétents parallèlement à la mise en œuvre de l'action principale

Les signalements faits au Procureur de la République en application de l'article 40 du code de procédure pénale (CPP) et ceux adressés au conseil de l'Ordre en application de l'article L.162-1-19 du code de la sécurité sociale (CSS) ne sont pas considérés comme des suites contentieuses, au sens de la présente circulaire.

- Un signalement au titre de l'art.40 du CPP devra être adressé au Procureur de la République dans tous les cas où les manquements constatés pourraient faire l'objet d'une plainte pénale mais que, compte tenu notamment du montant du préjudice ou du contexte, le choix de la caisse s'est porté vers une autre voie contentieuse.
- En application de l'article L.162-1-19 du CSS, les directeurs des caisses et/ou les médecins conseil chefs de service du contrôle médical « *sont tenus de communiquer à l'ordre compétent les informations qu'ils ont recueillies dans le cadre de leur activité et qui sont susceptibles de constituer un manquement à la déontologie* ».

3.3. Réorientation des dossiers

En cas de classement sans suite ou en l'absence de suite donnée à la plainte pénale de la caisse dans un délai raisonnable et principalement lorsqu'il s'agit de réprimer des fraudes, la caisse peut, d'une part, notifier l'indu pour se prémunir d'une forclusion et, d'autre part, mettre en œuvre une autre suite contentieuse (procédure des pénalités financières, dépôt d'une plainte disciplinaire ou d'une plainte devant la section des assurance sociales du Conseil de l'Ordre...) sous réserve du délai de prescription propre à chacune de ces suites contentieuses.

3.4. Procédures aux fins de répétition des indus

Les procédures aux fins de répétition, récupération ou restitution des indus ne sont pas considérées comme des suites contentieuses et doivent être mises en œuvre simultanément ou consécutivement à l'engagement de la procédure contentieuse proprement dite.

Dans le cas d'un dépôt de plainte pénale, la procédure aux fins de répétition, récupération ou restitution des indus ne sera mise en œuvre qu'après concertation avec le Procureur de la République.