

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

#### Décret n° 2009-982 du 20 août 2009 relatif aux pénalités financières prévues à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale et à diverses mesures intéressant la lutte contre la fraude

NOR: SASS0906969D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de la santé et des sports, du ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville et du ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat,

Vu le code civil ;

Vu le code de l'action sociale et des familles, notamment son article L. 251-1 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-1-14 ;

Vu le décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ensemble des dispositions du décret n° 53-1186 du 29 novembre 1953 relatif à la réforme des droits d'assistance ;

Vu le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 23 avril 2009 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 7 mai 2009 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 2 juillet 2009 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles des travailleurs salariés en date du 3 avril 2009 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – I. – Au chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, il est créé une section 1 intitulée « Dispositions générales ».

Au sein de cette section, il est créé une sous-section 1 intitulée « Dispositions communes » comprenant les articles R. 147-1 à R. 147-5.

II. – Les articles R. 147-1 et R. 147-2 du code de la sécurité sociale sont rédigés comme suit :

« *Art. R. 147-1.* – I. – Sous réserve des dispositions du II et des alinéas suivants, l'organisme local d'assurance maladie compétent pour mener la procédure et prononcer la pénalité financière mentionnées à l'article L. 162-1-14 est celui qui a ou aurait supporté l'indu ou le préjudice résultant des abus, fautes ou fraudes en cause.

« En l'absence d'indu ou de préjudice ou, le cas échéant, par dérogation à l'alinéa précédent, l'organisme compétent est celui :

« 1<sup>o</sup> Dans lequel les contrôles, la procédure de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou la bonne gestion des services ou du contrôle médical ont été affectés ou empêchés ;

« 2<sup>o</sup> Dans le ressort duquel exerce, à titre principal, le professionnel qui a récidivé après deux périodes de mise sous accord préalable telle que prévue à l'article L. 162-1-15 ;

« 3<sup>o</sup> Dans le ressort duquel exerce, à titre principal, le professionnel visé au 8<sup>o</sup> du II de l'article L. 162-1-14 ;

« 4<sup>o</sup> Auquel est affilié l'assuré pour lequel l'employeur n'a pas respecté les obligations mentionnées à l'article R. 147-7 ;

« 5<sup>o</sup> Auquel est rattaché le bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide médicale de l'Etat ou de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé pour des faits mentionnés aux 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> du II de l'article L. 162-1-14 ;

« II. – Lorsque des faits de même nature, commis par l'une des personnes mentionnées au premier alinéa du VI de l'article L. 162-1-14, ont causé un préjudice à plusieurs organismes locaux d'assurance maladie, les organismes compétents conformément aux règles énoncées au I peuvent mandater l'un d'entre eux pour mener l'ensemble de la procédure.

« Le mandat, établi individuellement par chacun des organismes mandant ou collectivement, précise les faits incriminés et l'identité de la personne en cause.

« Lorsqu'il est fait usage de cette possibilité de mandat, le directeur de l'organisme mandaté saisit la commission compétente à son égard de l'ensemble des faits, sans distinction.

« L'organisme mandaté prononce la pénalité, recouvre et conserve la totalité de son montant au titre de ses frais de gestion, sauf mention contraire dans le ou les mandats.

« III. – La délégation de constitution et de gestion prévue au second alinéa du VI de l'article L. 162-1-14 donne lieu à l'établissement d'une convention approuvée par les conseils ou conseils d'administration des organismes concernés et conforme à une convention type établie par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La convention précise notamment quelles formations de la commission sont concernées, sa durée, ainsi que les modalités d'indemnisation de l'organisme assurant la gestion de la ou des commissions déléguées. Lorsqu'il est fait usage de cette possibilité de délégation, la commission mentionnée à l'article R. 147-3 devient, à l'égard de l'organisme compétent en vertu des règles définies au I, la commission délégataire, le reste de la procédure étant inchangé.

« Sauf mention contraire dans la convention :

« 1° La reconduction de la convention est tacite ;

« 2° La commission délégataire est constituée des mêmes membres que la commission de l'organisme qui la met en place et en assure la gestion. Elle se confond alors avec cette dernière sans qu'il soit nécessaire de procéder aux nominations prévues aux articles R. 147-3 et R. 147-4.

« Tout organisme d'assurance maladie peut recourir à cette délégation dès lors que l'organisme assurant la gestion de la commission délégataire a son siège situé dans la même région administrative. Cet organisme ne peut, tant qu'il est soumis à la convention susmentionnée, déléguer à son tour la gestion de la ou des formations concernées de la commission.

« Art. R. 147-2. – I. – Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de faire l'objet de la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-1-14, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à la personne physique ou morale en cause la notification prévue à cet article par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception. Lorsque ces faits ont donné lieu à l'engagement de la procédure mentionnée à l'article L. 315-1, la notification ne peut intervenir qu'à l'issue de cette procédure. Cette notification précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue et indique à la personne en cause qu'elle dispose d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour demander à être entendue, si elle le souhaite, ou pour présenter des observations écrites.

« Lorsque la procédure de sanction est engagée à l'encontre d'un établissement de santé, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe simultanément la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation. Lorsque ladite procédure est engagée à l'encontre d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe simultanément le directeur régional des affaires sanitaires et sociales.

« A l'issue du délai d'un mois à compter de la notification ou après audition de la personne en cause, si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur peut :

« 1° Soit décider d'abandonner la procédure. Dans ce cas, il en informe ladite personne dans les meilleurs délais ;

« 2° Soit, dans un délai de quinze jours, prononcer un avertissement, sauf si les faits relèvent des cas prévus aux 3° et 4° du II de l'article L. 162-1-14. L'avertissement précise les voies et délais de recours. Il en informe simultanément la commission prévue à l'article L. 162-1-14 ;

« 3° Soit, dans un délai de quinze jours, saisir la commission mentionnée au V de l'article L. 162-1-14 et lui communiquer les griefs et, s'ils existent, les observations écrites de la personne en cause ou le procès-verbal de l'audition. Il en informe simultanément cette personne et lui indique qu'elle aura la possibilité, si elle le souhaite, d'être entendue par la commission.

« Les informations communiquées à la commission ne doivent comporter aucune mention nominative ou susceptible de permettre l'identification d'une personne dans des conditions de nature à porter atteinte au secret médical.

« II. – Après que le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou son représentant, accompagné le cas échéant par un représentant du service du contrôle médical, a présenté ses observations, et après avoir entendu, le cas échéant, la personne en cause, la commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, la responsabilité de la personne et le montant de la pénalité ou de chacune des pénalités susceptible d'être appliquée.

« La commission doit adresser son avis au directeur de l'organisme local ainsi qu'à la personne en cause dans un délai maximum de deux mois à compter de sa saisine. Ce délai peut être augmenté d'une durée ne pouvant excéder un mois si la commission estime qu'un complément d'information est nécessaire. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme du délai qui lui est imparti, l'avis est réputé rendu.

« Lors des auditions mentionnées au présent article, la personne en cause peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

« III. – A compter de la réception de l’avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur peut :

« 1° Soit décider d’abandonner la procédure, auquel cas il en informe ladite personne dans les meilleurs délais ;

« 2° Soit décider de poursuivre la procédure, auquel cas il dispose d’un délai d’un mois pour notifier la pénalité à la personne en cause par une décision motivée et par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception. Il en adresse une copie à la commission à titre d’information. A défaut de notification dans le délai d’un mois précité, la procédure est réputée abandonnée.

« Cette notification de payer précise la cause, la nature, le montant des sommes réclamées au titre de la pénalité ou de chacune des pénalités prononcées et mentionne l’existence d’un délai d’un mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s’acquitter des sommes réclamées, ainsi que les voies et les délais de recours.

« A défaut de paiement dans ce délai, la mise en demeure prévue au septième alinéa du IV de l’article L. 162-1-14 est adressée, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle comporte les précisions relatives aux sommes réclamées mentionnées à l’alinéa précédent, les voies et délais de recours ainsi que l’existence d’un nouveau délai d’un mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s’acquitter des sommes réclamées. Elle indique en outre l’existence et le montant de la majoration de 10 % prévue au même septième alinéa, appliquée en l’absence de paiement dans ce délai.

« L’envoi de la mise en demeure prévue à l’alinéa précédent doit intervenir dans un délai de deux ans à compter de la notification prévue au 2° du présent III.

« L’action se prescrit selon les modalités prévues aux articles 2224 et suivants du code civil.

« Les dispositions du III et du IV de l’article R. 133-9-1 du présent code et des articles R. 725-8 à R. 725-10 du code rural sont applicables pour le recouvrement des pénalités non acquittées mentionnées à l’article L. 162-1-14.

« IV. – Lorsque l’un des courriers mentionnés au premier alinéa du I, et aux troisième et cinquième alinéas du III est présenté par un agent assermenté mentionné à l’article L. 114-10 et refusé par la personne en cause, cet agent assermenté dépose, si cela est possible, le courrier dans la boîte à lettres de la personne et consigne les faits dans un procès-verbal. Le courrier est réputé réceptionné à la date d’établissement du procès-verbal. »

III. – L’article R. 147-4, qui devient l’article R. 147-3, est ainsi modifié :

1° A la première phrase, la référence à l’article R. 147-3 est remplacée par la référence à l’article L. 162-1-14 ;

2° Au deuxième alinéa, après les mots : « et autres prestataires de service, » sont ajoutés les mots : « des laboratoires de biologie médicale, » ;

3° Aux troisième et septième alinéas, avant les mots : « des fournisseurs » sont insérés les mots : « des laboratoires de biologie médicale, » ;

4° Après le sixième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ne peuvent être membres d’une commission, pour une durée de cinq ans, ni le demeurant, les personnes ayant fait l’objet d’une condamnation par une juridiction pénale ou ordinaire, du prononcé d’une sanction conventionnelle ou d’une pénalité devenues définitives. » ;

5° Au huitième alinéa, devenu neuvième alinéa, après le mot : « examinée » sont insérés les mots : « ou lorsqu’ils font l’objet d’une plainte déposée par un organisme d’assurance maladie, d’une action devant une juridiction ordinaire à l’initiative d’un organisme d’assurance maladie, d’une procédure conventionnelle, d’une pénalité ou d’une mise sous accord préalable prévue aux articles L. 162-1-15 et L. 162-1-17. » ;

6° Au douzième alinéa, devenu treizième alinéa, après les mots : « des autres prestataires de services » sont ajoutés les mots : « , ou des laboratoires de biologie médicale ».

IV. – A l’article R. 147-5, qui devient l’article R. 147-4, après les mots « ou autres prestataires de service » sont ajoutés les mots : « ou d’un laboratoire de biologie médicale, ».

V. – Après l’article R. 147-4 est inséré un article R. 147-5 ainsi rédigé :

« Art. R. 147-5. – I. – Sous réserve de dispositions particulières prévues aux sous-sections suivantes ainsi qu’à la section 2 du présent chapitre, les pénalités financières se cumulent entre elles. Toutefois, sous la même réserve, lorsqu’un même fait ou un même comportement peut relever simultanément de plusieurs des cas mentionnés au présent chapitre, seule la pénalité la plus élevée est encourue.

« II. – Les sommes prises en compte pour le calcul des pénalités sont les sommes indûment présentées au remboursement ou indûment prises en charge par un organisme d’assurance maladie ainsi que, le cas échéant, par l’un des organismes mentionnés à l’article L. 861-4 ou par l’Etat, s’agissant des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé ou de l’aide médicale de l’Etat. L’organisme d’assurance maladie prononce la pénalité et en conserve le montant.

« III. – Les taux, plafonds et montants maximaux de pénalités précisés au présent chapitre sont doublés pour des faits identiques ayant déjà fait l’objet d’une pénalité ou d’un avertissement notifié par un directeur d’organisme local d’assurance maladie quel qu’il soit au cours des trois années précédant la date de la notification des faits reprochés, mentionnée au premier alinéa de l’article R. 147-2. »

**Art. 2. – I. –** Les articles R. 147-6 à R. 147-8 sont abrogés.

II. – Au chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, la section 1 est complétée par les sous-sections 2 à 6 ainsi rédigées :

« *Sous-section 2*

« *Les pénalités financières prononcées à l'égard des bénéficiaires*

« *Art. R. 147-6.* – Peuvent faire l'objet d'une pénalité les personnes mentionnées au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 162-1-14 :

« 1<sup>o</sup> Qui, dans le but d'obtenir, de faire obtenir ou de majorer un droit aux prestations d'assurance maladie, d'invalidité, d'accident de travail, de maternité, de maladie professionnelle ou de décès ou un droit à la protection complémentaire en matière de santé, à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou à l'aide médicale de l'Etat :

« *a)* Fournissent de fausses déclarations relatives à l'état civil, la résidence, la qualité d'assuré ou d'ayant droit ou les ressources ;

« *b)* Omettent de déclarer la modification d'une ou plusieurs de ces mêmes déclarations.

« Lorsque ces faits conduisent simultanément à l'attribution ou au maintien injustifié de droits à l'assurance maladie et à la protection complémentaire en matière de santé, ou à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé, il ne peut être engagé qu'une seule procédure au titre de l'article R. 147-2 ;

« 2<sup>o</sup> Qui dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage injustifié :

« *a)* Procèdent à la falsification, y compris par surcharge, à la duplication, au prêt ou à l'emprunt, de tout document conditionnant la prise en charge d'un acte, produit ou prestation, ou à l'utilisation de documents volés de même nature ;

« *b)* Abusent de leur qualité d'assuré social ou de bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat pour obtenir des produits de santé sans lien avec leur état de santé ;

« *c)* Se font rembourser une prestation alors qu'ils font l'objet d'un refus de prise en charge au titre de l'article L. 315-2 ;

« *d)* Obtiennent la suppression de la participation prévue aux 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> de l'article L. 322-3 par le non-respect du protocole prévu à l'article L. 324-1 ;

« *e)* Ne respectent pas le caractère personnel de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 et les obligations qui en découlent, prévues notamment aux articles R. 161-33-3 et R. 161-33-7 ;

« *f)* Ne respectent pas, pour bénéficiaire d'indemnités journalières, la condition prévue au 5<sup>o</sup> de l'article L. 321-1 et au 2<sup>o</sup> de l'article L. 431-1 d'être dans l'incapacité de continuer ou de reprendre son travail sous réserve des dispositions de l'article L. 323-3 et du troisième alinéa de l'article L. 433-1 ;

« 3<sup>o</sup> Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fausse, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête tels que prévus aux articles L. 315-1 et L. 114-9 à L. 114-21.

« *Art. R. 147-6-1.* – La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-6 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

« 1<sup>o</sup> 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les cas prévus au 2<sup>o</sup> de l'article R. 147-6. Ce montant ne peut excéder le plafond mensuel de la sécurité sociale ;

« 2<sup>o</sup> Une fois le plafond mensuel lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 1<sup>o</sup> de l'article R. 147-6 ;

« 3<sup>o</sup> La moitié du plafond mensuel lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3<sup>o</sup> de l'article R. 147-6. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle.

« *Sous-section 3*

« *Les pénalités financières prononcées à l'égard des employeurs*

« *Art. R. 147-7.* – Peuvent faire l'objet d'une pénalité les employeurs :

« 1<sup>o</sup> Qui portent des indications erronées sur les attestations mentionnées aux articles R. 323-10 et R. 441-4, ayant pour conséquence la majoration du montant des indemnités journalières servies ;

« 2<sup>o</sup> Dont la responsabilité a été reconnue dans le bénéfice irrégulier par un assuré d'indemnités journalières ;

« 3<sup>o</sup> Qui n'ont pas procédé à la déclaration d'accident du travail prévue à l'article L. 441-2 selon les modalités prévues aux articles R. 441-1, R. 441-2 et R. 441-4 ;

« 4<sup>o</sup> Qui n'ont pas respecté l'obligation de remise de la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5.

« *Art. R. 147-7-1.* – La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-7 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

« 1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, dans les cas prévus aux 1° et 2° de l'article R. 147-7 ;

« 2° Une fois le plafond mensuel de sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-7 ;

« 3° Une fois le plafond mensuel de sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-7.

« *Sous-section 4*

« *Les pénalités financières prononcées à l'égard des professionnels de santé, fournisseurs et prestataires de services, et laboratoires de biologie médicale*

« *Art. R. 147-8.* – Peuvent faire l'objet d'une pénalité les professionnels de santé libéraux, fournisseurs et prestataires de services, laboratoires de biologie médicale et praticiens statutaires à temps plein des établissements publics de santé dans le cadre de leur activité libérale :

« 1° Ayant obtenu ou tenté d'obtenir, pour eux-mêmes ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié en ayant :

« a) Présenté ou permis de présenter au remboursement des actes ou prestations non réalisés ou des produits ou matériels non délivrés ;

« b) Procédé au détournement de l'usage d'une des cartes mentionnées à l'article L. 161-31 et L. 161-33 ;

« 2° N'ayant pas respecté les conditions de prise en charge des actes produits ou prestations soumis au remboursement dans les cas suivants :

« a) Non-respect des conditions de prise en charge ou prescription prévues lors de l'inscription au remboursement par l'assurance maladie des actes, produits ou prestations mentionnés aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1, ou des conditions prévues à l'article L. 322-5, y compris les règles prises pour l'application du deuxième alinéa de l'article L. 315-2, ou encore les non-respects des conditions de prescriptions spécifiques prévues aux articles L. 4141-2, L. 4151-4, L. 4321-1, L. 4311-1 et L. 4362-10 du code de la santé publique ;

« b) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation prévue par les 1°, 2° et 3° de l'article L. 162-4, étendu par l'article L. 162-8, de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge ;

« c) Non-respect, de manière répétée, des obligations prévues à l'article L. 162-4-2, pour le prescripteur, de mentionner le nom du pharmacien chargé de délivrer les soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif et, pour le pharmacien, de ne procéder à la délivrance que si son nom est mentionné sur la prescription s'agissant des soins ou traitement en cause ;

« d) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation faite au pharmacien par l'article R. 162-20-6, reprenant l'article R. 5123-3 du code de la santé publique, de délivrer le conditionnement le plus économique compatible avec les mentions figurant sur l'ordonnance ;

« e) Utilisation abusive de la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5 consistant dans l'inscription sur celle-ci d'actes ou de délivrances ne relevant pas du livre IV ;

« f) Non-respect, de manière répétée, de l'obligation de conformité des prescriptions avec le protocole mentionné à l'article L. 324-1 ;

« g) Non-respect du mode de transport prescrit en application des articles L. 322-5 et R. 322-10-1 ou des modalités de facturation des frais de transport mentionnés aux articles R. 322-10-2 à R. 322-10-7 ;

« h) Facturation par une entreprise de transports sanitaires terrestres réalisés avec des moyens en véhicules et en personnels non conformes aux dispositions des articles R. 6312-14 et R. 6312-10 du code de la santé publique ;

« i) Facturation par une entreprise de taxi à l'assurance maladie de transports réalisés sans être titulaire d'une autorisation de stationnement sur la voie publique ou d'une carte professionnelle en cours de validité ;

« j) Abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

« 3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable prévus aux articles L. 315-1, L. 114-9 à L. 114-21 et L. 162-1-15. Il en va de même lorsqu'il aura été établi qu'une ou plusieurs méconnaissances des formalités administratives liées aux délais d'envoi des documents ouvrant droit à prise en charge prévus à la sous-section 4 de la section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> a ou a eu pour objet de limiter les possibilités de contrôle de l'organisme d'assurance maladie ;

« 4° N'ayant pas respecté, de manière répétée, les formalités administratives suivantes :

« a) Les formalités prévues à la sous-section 4 de la section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, lorsqu'ils ne relèvent pas du cas mentionné à la dernière phrase du 3° ;

« b) L'obligation prévue au 4° de l'article L. 162-4 étendu par l'article L. 162-8 de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en application de l'article L. 321-1 ;

« c) L'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident prévue à l'article L. 441-5 les actes accomplis au titre du livre IV ;

« d) L'obligation prévue à l'article L. 162-4-1 de mentionner, sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical, les éléments d'ordre médical justifiant les arrêts de travail, y compris les heures de sortie, et les transports qu'ils prescrivent ;

« e) L'obligation prévue à l'article R. 5132-13 du code de la santé publique d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances des médicaments relevant des listes I et II et des médicaments stupéfiants ;

« 5° Pour lesquels l'organisme aura constaté, après deux périodes de mise sous accord préalable telles que définies à l'article L. 162-1-15, un niveau de prescriptions ou de réalisations du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, significativement supérieur à la moyenne régionale et pour une activité comparable.

« Si, après une nouvelle période de mise sous accord préalable suivant la pénalité prononcée au titre de l'alinéa précédent, il est constaté un niveau de prescription ou de réalisation du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, à nouveau significativement supérieur à la moyenne régionale et pour une activité comparable, les faits sont considérés réalisés en état de récurrence telle que prévue à l'article R. 147-5.

« Art. R. 147-8-1. – I. – La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-8 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

« 1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les faits relevant des 1° et 2° de l'article R. 147-8 ;

« 2° Une fois le plafond mensuel de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-8 susvisé ; cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

« 3° La moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-8 ;

« 4° Une fois le plafond mensuel de la sécurité sociale pour les faits mentionnés au 5° de l'article R. 147-8. Cette sanction n'est pas exclusive d'une nouvelle période de mise sous accord préalable telle que prévue à l'article L. 162-1-15 qui peut être prononcée au cours de la même procédure.

« II. – L'organisme local d'assurance maladie ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent chapitre et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner l'inobservation des mêmes règles.

#### « Sous-section 5

##### « Les pénalités financières prononcées à l'égard des établissements de santé

« Art. R. 147-9. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité les établissements de santé :

« 1° Ayant obtenu ou tenté d'obtenir, pour eux-mêmes ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié en cas :

« a) De facturation d'actes ou de prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée, non réalisés ;

« b) De facturation d'un acte, produit ou prestation déjà pris en charge par l'une des dotations mentionnées aux articles L. 174-1 et L. 162-22-13 ou par le forfait annuel prévu à l'article L. 162-22-8 ;

« 2° N'ayant pas respecté les conditions de prise en charge des actes produits ou prestations soumis au remboursement en cas :

« a) De manquement aux règles de facturation et de cotation des actes et prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée ;

« b) D'inobservation des règles de prise en charge mentionnées à l'article L. 162-1-7, sous réserve des dispositions du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 ;

« 3° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable prévus aux articles L. 315-1, L. 114-9 à L. 114-21 et L. 162-1-17 ;

« 4° N'ayant pas respecté les formalités administratives de facturation, notamment les formalités prévues à la section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre I<sup>er</sup> relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnées la constatation des soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie ou n'ayant pas respecté, de manière répétée, l'obligation faite à tout établissement de santé délivrant des médicaments relevant des listes I et II et des médicaments stupéfiants d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances telles que prévues à l'article R. 5132-13 du code de la santé publique. ;

« 5° Pour les faits mentionnés à l'article R. 147-8 du fait de leurs salariés.

« Art. R. 147-9-1. – La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-9 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude au sens des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

« 1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les faits relevant des 1° et 2° de l'article R. 147-9 ;

« 2° Deux fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-9. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

« 3° Une fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 4° de l'article R. 147-9 ;

« Pour les faits relevant du 5° de l'article R. 147-9, le montant de la pénalité est calculé selon les modalités définies à l'article R. 147-8-1.

#### « Sous-section 6

##### « Les pénalités financières prononcées à l'égard des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

« Art. R. 147-10. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :

« 1° Qui ne respectent pas le caractère forfaitaire de la prise en charge des actes, prestations et produits couverts par le forfait de soins partiel ou global du tarif journalier mentionné à l'article R. 314-167 du code de l'action sociale et des familles, lorsqu'il aura été constaté des facturations individuelles répétées de prestations d'assurance maladie déjà couvertes par les forfaits susmentionnés ;

« 2° Ayant empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive, à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que la demande est nécessaire à l'exercice du contrôle ou de l'enquête tels que prévus aux articles L. 315-1 et L. 114-9 à L. 114-21. Il en va de même en cas de non-respect des dispositions de l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles lorsque la liste prévue audit article est expressément réclamée dans le cadre d'un contrôle de l'activité de l'établissement ou des professionnels libéraux qui y interviennent ;

« 3° N'ayant pas respecté les formalités administratives relatives à :

« a) La transmission des éléments prévus à l'article R. 314-169 du code de l'action sociale et des familles, dès lors que ladite transmission n'a pas été effectuée dans un délai de quinze jours après relance par le directeur de l'organisme local concerné et que le manquement ne relève pas du cas mentionné à la dernière phrase du 2 ;

« b) L'obligation d'établir la demande de prise en charge prévue au c de l'article R. 174-15 ou la transmission du tableau prévu à l'article D. 174-3 ;

« 4° Pour les faits mentionnés à l'article R. 147-8 du fait de leurs salariés.

« Art. R. 147-10-1. – La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-10-1 est fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés et s'ils ne relèvent pas d'une fraude des articles R. 147-11 et R. 147-12, à un montant maximum égal à :

« 1° 50 % des sommes définies au II de l'article R. 147-5, pour les cas relevant du 1° de l'article R. 147-10 ;

« 2° Deux fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 2° de l'article R. 147-10. Cette pénalité est prononcée sans préjudice de celles éventuellement dues au titre des faits dont la personne en cause tentait d'empêcher le contrôle ;

« 3° Une fois le plafond de la sécurité sociale lorsqu'il est constaté un ou plusieurs faits relevant des cas prévus au 3° de l'article R. 147-10.

« Pour les faits relevant du 4° de l'article R. 147-10, le montant de la pénalité est calculé selon les modalités définies à l'article R. 147-8-1. »

**Art. 3.** – Le chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par les sections 2 et 3 ainsi rédigées :

#### « Section 2

##### « Dispositions particulières aux cas de fraude

#### « Sous-section 1

##### « Dispositions communes en cas de fraude

« Art. R. 147-11. – Sont qualifiés de fraude, pour l'application de l'article L. 162-1-14, les faits commis dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou, s'agissant de la protection complémentaire en matière de santé, de

l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat, d'un organisme mentionné à l'article L. 861-4 ou de l'Etat, y compris dans l'un des cas prévus aux sections précédentes, lorsque aura été constatée l'une des circonstances suivantes :

« 1° L'établissement ou l'usage de faux, la notion de faux appliquée au présent chapitre étant caractérisée par toute altération de la vérité sur toute pièce justificative, ordonnance, feuille de soins ou autre support de facturation, attestation ou certificat, sous forme écrite ou électronique, ayant pour objet ou pouvant avoir pour effet de permettre l'obtention de l'avantage ou de la prestation en cause ;

« 2° La falsification, notamment par surcharge, la duplication, le prêt ou l'emprunt d'un ou plusieurs documents originairement sincères ou enfin l'utilisation de documents volés de même nature ;

« 3° L'utilisation par un salarié d'un organisme local d'assurance maladie des facilités conférées par cet emploi ;

« 4° Le fait d'avoir bénéficié, en connaissance de cause, des activités d'une bande organisée au sens de la sous-section 2, sans y avoir activement participé.

« Est également constitutive d'une fraude au sens de la présente section la facturation répétée d'actes ou prestations non réalisés, de produits ou matériels non délivrés.

« *Art. R. 147-11-1.* – Le montant de la pénalité encourue est porté au double des sommes définies au II de l'article R. 147-5. Si le comportement frauduleux n'a pas généré de tels indus, le montant maximum de la pénalité est égal à quatre fois le plafond de la sécurité sociale. Le plafond prévu au 1° de l'article R. 147-6-1 n'est plus applicable et la pénalité prononcée au titre des faits prévus à la présente section ne peut être inférieure aux montants prévus au 3° du VII de l'article L. 162-1-14.

« *Art. R. 147-11-2.* – Le directeur de l'organisme, s'il ne requiert pas l'avis de la commission, dispose d'un délai de quinze jours à l'issue du délai d'un mois prévu au premier alinéa du I de l'article R. 147-2 pour prononcer la pénalité et procéder à la notification prévue au 2° du III du même article. Il adresse à la commission la copie de ladite notification pour information.

« S'il décide de solliciter l'avis de la commission, le délai de deux mois prévu au deuxième alinéa du II de l'article R. 147-2 est réduit à quinze jours sans qu'un délai supplémentaire puisse être accordé et le directeur dispose d'un délai de quinze jours suivant réception de l'avis pour prononcer la pénalité et procéder à sa notification.

« Le délai prévu au III de l'article R. 147-5 est porté à cinq ans.

#### « *Sous-section 2*

##### « *La fraude en bande organisée*

« *Art. R. 147-12.* – Est qualifié de fraude commise en bande organisée, pour l'application de l'article L. 162-1-14, tout fait par lequel deux ou plusieurs acteurs s'entendent pour agir de façon organisée dans le but conscient et commun d'en retirer directement ou indirectement un profit matériel ou financier, un avantage ou un bénéfice au préjudice d'un organisme d'assurance maladie ou, s'agissant des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé ou de l'aide médicale de l'Etat, respectivement d'un organisme mentionné à l'article L. 861-4 ou de l'Etat.

« *Art. R. 147-12-1.* – Peut faire l'objet d'une pénalité toute personne dont la responsabilité aura été établie dans la réalisation d'une fraude en bande organisée au sens de l'article R. 147-12 ou qui aura sciemment fourni les moyens de sa réalisation.

« *Art. R. 147-12-2.* – Lorsqu'il a connaissance de faits relevant de la présente sous-section et qu'il envisage la mise en œuvre de la procédure des pénalités à ce titre, le directeur de l'organisme local en informe le directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2 ou son représentant désigné à cet effet.

« Celui-ci recueille les éléments qu'il estime nécessaires et, dans le cas où plusieurs organismes sont concernés par l'activité de la bande organisée, il les informe afin de leur permettre la mise en œuvre des dispositions du II de l'article R. 147-1.

« *Art. R. 147-12-3.* – La pénalité prononcée au titre de l'article R. 147-12-1 est fixée, pour chaque membre de la bande organisée, en fonction de la gravité des faits reprochés et de son degré d'implication dans le fonctionnement ou la mise en place de ladite bande, à un montant maximum égal à 300 % des sommes en cause. Les dispositions de la dernière phrase de l'article L. 147-11-1 et celles de l'article R. 147-11-2 sont applicables.

#### « *Section 3*

##### « *Bilan*

« *Art. R. 147-13.* – Les organismes locaux d'assurance maladie transmettent chaque année avant le 1<sup>er</sup> mars au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, lequel en adresse une synthèse au ministre chargé des comptes de la sécurité sociale, un rapport portant sur leur activité de l'année précédente au titre du présent chapitre, de la section 6 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre VIII, de l'article R. 863-7 et de l'article 45 du décret n° 54-883 du 2 septembre 1954 modifié. »

**Art. 4.** – I. – La section 6 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :



1° L'article R. 861-27 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. R. 861-27.* – Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé.

« Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1, 4, 5 et 6 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> sont applicables aux professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux, recevant des bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé ou leur servant des prestations. »

2° L'article R. 861-28 est abrogé ;

3° A l'article R. 861-29, après les mots : « est prononcée » sont ajoutés les mots : « au titre du premier alinéa de l'article R. 861-27 ».

II. – Le chapitre III du titre VI du livre VIII du même code est complété par un article R. 863-7 ainsi rédigé :

« *Art. R. 863-7.* – Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> et de l'article R. 861-29 sont applicables aux bénéficiaires de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé. »

III. – Le titre IV du décret du 2 septembre 1954 visé ci-dessus est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE VI

##### « Pénalités

« *Art. 45.* – Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1 et 2 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale et de l'article R. 861-29 du même code sont applicables aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat.

« Les dispositions de la section 2 et des sous-sections 1, 4, 5 et 6 de la section 1 du chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale sont applicables aux pénalités financières à l'égard des professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux, recevant des bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ou leur servant des prestations. »

**Art. 5.** – Les mandats attribués aux membres des commissions instituées par les articles R. 147-4 et R. 147-5 du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la date de publication du présent décret et devenus R. 147-3 et R. 147-4 se poursuivent jusqu'à la date prévue pour leur renouvellement.

**Art. 6.** – I. – La dernière phrase de l'article R. 315-1-1 du code de la sécurité sociale est remplacée par les mots : « Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner ces patients. Il en informe au préalable le professionnel, sauf lorsque l'analyse a pour but de démontrer l'existence d'une fraude telle que définie à l'article R. 147-11, d'une fraude en bande organisée telle que définie à l'article R. 147-12 ou de faits relatifs à un trafic de médicaments. Un bilan annuel des cas où le professionnel n'a pas été informé préalablement, incluant les suites données pour chaque cas, est adressé aux conseils nationaux des ordres concernés par chaque caisse nationale. »

II. – L'article R. 114-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « par les assurés sociaux, » sont supprimés et les mots : « , ou de faire bénéficier leurs ayants droit des prestations servies au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès » sont remplacés par les mots : « ou de faire bénéficier des prestations servies au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, de la protection complémentaire en matière de santé, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ou de l'aide médicale de l'Etat » ;

2° Après le premier alinéa il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les agents susmentionnés peuvent, dans le cadre de leurs investigations, réclamer à la personne en cause la communication de tout document, ou copie de document, directement lié à l'activité ou aux faits contrôlés dès lors qu'il n'est pas porté atteinte au respect du secret médical. Dans ce dernier cas néanmoins, l'agent peut exiger que les éléments en cause soient adressés ou remis au service du contrôle médical. »

**Art. 7.** – I. – Dans le décret du 16 mars 2006 visé ci-dessus, les mots : « *Art. 162-42-13.* – La sanction envisagée et les motifs le justifiant » sont remplacés par les mots : « *Art. R. 162-42-13.* – La sanction envisagée et les motifs la justifiant ».

II. – A la dernière phrase de l'article R. 162-42-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « troisième alinéa » sont remplacés par les mots : « septième alinéa du IV ».

III. – Après l'article R. 613-49 est inséré un article R. 613-50 ainsi rédigé :

« *Art. R. 613-50.* – Sont applicables par le régime institué par le présent titre les dispositions prévues aux articles L. 162-1-14, L. 162-1-15 et L. 162-1-17 ainsi que les textes réglementaires pris pour leur application, conformément à l'article L. 613-12. »

**Art. 8.** – Le rapport prévu à l'article R. 147-13 est semestriel pour une période de trois ans suivant la date de publication du présent décret. Durant cette période, il est adressé au plus tard le 1<sup>er</sup> septembre et le 1<sup>er</sup> mars pour les pénalités prononcées respectivement au cours du premier et du second semestre de l'année civile.

**Art. 9.** – Le ministre du travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, le ministre du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et la ministre de la santé et des sports sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 20 août 2009.

FRANÇOIS FILLON

Par le Premier ministre :

*La ministre de la santé et des sports,*  
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du travail, des relations sociales,  
de la famille, de la solidarité  
et de la ville,*  
XAVIER DARCOS

*Le ministre du budget, des comptes publics,  
de la fonction publique  
et de la réforme de l'Etat,*  
ERIC WOERTH