

Le contrôle dentaire ou analyse d'activité

Simple variation sémantique ou véritable opposition de points de vue ?



Dr Elie ATTALI

■ Expert près la Cour d'appel de Paris



M^e Laurent DELPRAT

■ Avocat à la Cour

Une obligation sans sanction en cas de manquement n'ayant aucun sens, les rédacteurs de la Convention Nationale, à savoir la section sociale représentée par les trois Caisses d'Assurance Maladie et la section professionnelle représentée par les syndicats représentatifs des chirurgiens-dentistes, ont défini une procédure de contrôle afin de confondre les praticiens qui n'auraient pas respecté leurs obligations.

Toutefois, de tels contrôles ne sont pas sans conséquences, et, à l'instar d'un contrôle fiscal, amène souvent angoisse et stress pour le praticien contrôlé, voyant en outre sa pratique professionnelle remise en cause. Il est vrai que les sanctions prononcées peuvent être aussi lourdes que multiples :

- contentieux du contrôle technique, avec passage devant la section des assurances sociales de l'Ordre, pouvant entraîner des suspensions d'exercice par interdiction d'octroyer des soins aux assurés sociaux plus ou moins longues
- action en répétition de l'indu, où l'assurance maladie va exiger le remboursement de sommes versées, à tout le moins selon elle, à tort
- contentieux des pénalités, prononcé par la Commission des pénalités, afin de sanctionner d'une « amende » les praticiens qui auraient déjà été débiteurs d'indus
- le déconventionnement, pour les cas souvent les plus graves, l'assurance maladie mettant ainsi le praticien hors de la Cité dentaire
- contentieux pénal, pour les fraudes manifestes, faux, usages de faux, escroquerie, ou encore mutilations volontaires

Le contrôle médical

La procédure commence par une phase d'analyse et de contrôle médical. En ce sens, le contrôle médical constitue une véritable phase précontentieuse et il est préférable que le praticien en connaisse le déroulement et ses moyens de défense s'il veut aborder, dans les meilleures conditions, le contentieux qui en découlera éventuellement par la suite, en contestant s'il y a lieu la validité des modalités du contrôle médical dont les résultats lui sont opposés.

L'information préalable

Lorsqu'il commence son analyse, le service médical informe le praticien qu'une analyse de son activité est en cours et que certains de ses patients seront convoqués. Le plus souvent, les motifs à l'origine d'une analyse d'activité répondent à des signes d'appels objectifs et extérieurs, tels que le traitement des ententes préalables (cliché radiologique, proposition de cotations), le traitement des feuilles d'honoraires, des SNIR et des relevés d'activités, notamment prothétiques, se démarquant des moyennes locales, ainsi que des plaintes émanant de patients. Les ententes préalables étant aujourd'hui supprimées, les contrôles après réalisations des traitements se multiplient.

À ce stade, le service médical mène son enquête, analyse une cinquantaine de dossiers (ententes préalables, feuilles d'honoraires), convoque un certain nombre de patients, s'assure que les actes cotés ont bien été réalisés et que la cotation est conforme à l'acte.

C'est à ce stade que le service médical accumule les données sans en rendre compte au praticien contrôlé. Cette phase peut durer de 3 à 6 mois, voire plus.

Demande de renseignements

Le service médical sollicite le praticien et lui réclame un certain nombre de précisions quant au contenu de certaines consultations, aux traitements réalisés ou cotations notées. L'ensemble de ces renseignements concerne en général une cinquantaine de patients.

Il convient toutefois de faire attention, car c'est à partir des réponses formulées que la liste des griefs à l'encontre du praticien sera établie. C'est pourquoi la sagesse préconise de solliciter, dès cette phase, l'assistance de professionnels aguerris à ces procédures.

La notification

C'est à partir des réponses fournies par le praticien que le service médical, s'appuyant sur la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, la Convention, le code de la Sécurité Sociale, le code de déontologie et les recommandations de la Haute autorité de Santé, ouvrages de référence s'il en est, va analyser chaque dossier, relever les erreurs ou les fautes

commises, et adresser ses conclusions au service administratif. La Caisse va alors notifier au praticien « les griefs observés », qui disposera d'un mois pour être entendu par le service médical.

L'entretien avec le service médical

Cet entretien permet d'apporter un nouvel éclairage au service médical sur certaines erreurs ou fautes reprochées, en confrontant les observations du service médical avec les réflexions et justifications du praticien. Un certain nombre de « griefs observés » peuvent ainsi à ce stade disparaître.

Cet entretien permet également au praticien de comprendre les mécanismes et les raisons ayant conduit à l'analyse et à la remise en cause de sa pratique professionnelle, volet « pédagogique » du contrôle.

Conclusion du service médical et actions mises en œuvre

Le service médical informe *in fine* le praticien de ses conclusions et confirme en général les termes de l'entretien. Une partie des griefs notifiés la première fois a disparu (erreur de siège) mais la plupart sont maintenus. Des recommandations écrites ainsi que des mises en garde sont formulées.

Le service médical transmet à la Caisse la liste des actes avec « anomalies ». Il y joint un relevé des prestations indues, c'est-à-dire que la Caisse a versées au patient et qu'elle demande au praticien de rembourser.

En fonction de la gravité des griefs retenus, la CPAM, en son service administratif, choisit parmi les options procédurales à sa disposition, saisine de la section des assurances sociales, saisine des instances conventionnelles pour un déconventionnement temporaire, action en répétition de l'indu...

Les procédures envisageables

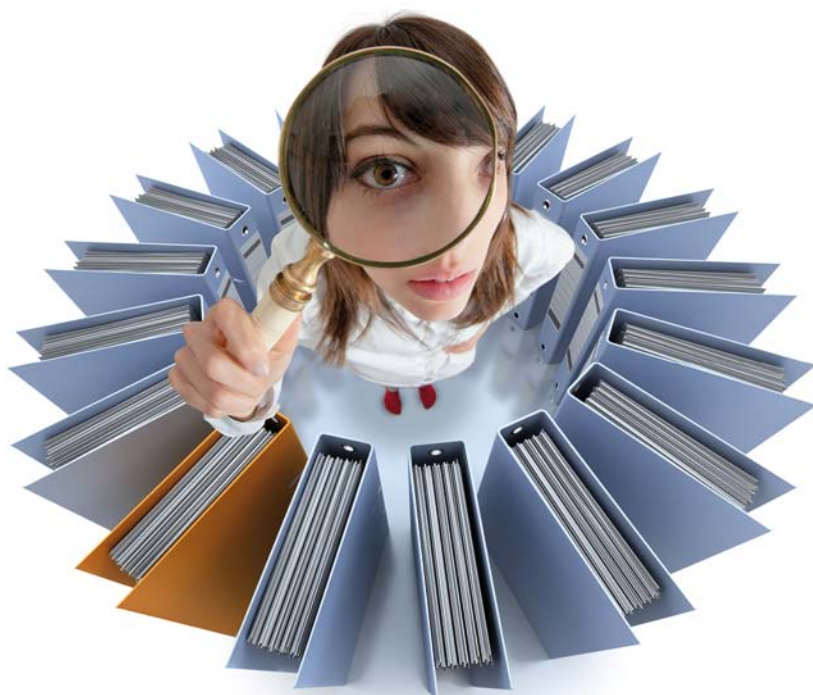
Les procédures mises en œuvre sont principalement la saisine de la section des assurances sociales et l'action en répétition de l'indu.

Le contentieux du contrôle technique

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre d'un médecin, à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, peuvent faire l'objet d'une plainte soumise en première instance à une section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance du Conseil régional des chirurgiens-dentistes.

Déroulement de la procédure

La section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre est une juridiction, composée pour moitié d'ordinaux représentant la profession et pour l'autre moitié de praticiens-conseils, représentant la Sécurité Sociale. Elle est présidée par un magistrat de l'ordre administratif



© Franek Boston - Fotolia.com

et est saisie par lettre recommandée avec AR de la CPAM et de son service médical.

La procédure devant la section des assurances sociales est une procédure écrite. Le secrétariat de la section des assurances sociales adresse au praticien concerné, par lettre recommandée avec AR, la copie des plaintes et mémoires dont elle est saisie et l'invite à produire un mémoire ou ses observations en défense dans le délai fixé par le président de la juridiction. Ces échanges sont réitérés autant que de besoin.

Le secrétariat de la section des assurances sociales dans le cadre du respect du contradictoire, assure la communication des écritures et pièces entre les parties, en assortissant cette communication d'un délai pour y répliquer.

Lorsque l'affaire est en état d'être jugée, les parties intéressées à la procédure sont convoquées pour une audience devant la section des assurances sociales, où le praticien peut être accompagné de son avocat.

Composition de la juridiction de jugement

La section des assurances sociales est présidée par un magistrat d'un Tribunal administratif ou d'une Cour Administrative d'Appel. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs, membres du conseil régional de l'Ordre des médecins et d'assesseurs, médecins-conseils représentant des organismes de Sécurité Sociale.

Sanctions encourues

Les sanctions susceptibles d'être prononcées sont l'avertissement, le blâme, l'interdiction temporaire, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux avec publication et, en cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de Sécurité Sociale du trop remboursé.

L'appel

La décision rendue est notifiée. Il peut être fait appel de cette décision, auquel cas il sera de nouveau statué sur l'affaire par la section des assurances sociales de l'Ordre national des chirurgiens-dentistes, selon la même procédure. Il sera ensuite possible de se pourvoir devant le Conseil d'État.

Le recouvrement de l'indu

Lorsque la qualité des actes n'est pas remise en cause et que le service médical a constaté des inobservances des règles de tarification ou de facturation des actes et prestations, donnant lieu à remboursement, ou la facturation d'actes non réalisés ou non objectivés, la CPAM peut solliciter le recouvrement des sommes indûment payées.

La notification de payer

L'action en recouvrement s'ouvre par l'envoi au praticien d'une lettre motivée en recommandé avec AR lui notifiant la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, et la date des versements indus donnant lieu au recouvrement.

Le praticien a alors un mois, soit pour s'acquitter des sommes réclamées, soit pour produire des observations écrites.

La mise en demeure

Si le praticien ne procède pas au remboursement de l'indu dans le délai d'un mois, ou si les observations du praticien sont rejetées, la CPAM lui adresse une mise en demeure de payer dans le délai d'un mois.

La saisine de la commission des recours amiables

Le praticien peut alors soit s'exécuter et régler l'indu, soit représenter de nouveau ses observations en saisissant la commission des recours amiables, dans un délai d'un mois. Si la réponse de la CRA est négative, ou en cas de silence de la CRA, le praticien pourra alors saisir le tribunal des affaires de la Sécurité Sociale.

Conclusion

Les difficultés en matière de contrôle d'activité se situent essentiellement dans le sentiment de déséquilibre entre les prérogatives d'investigation de la CPAM, conjugué au pouvoir discrétionnaire de sanction des instances, et les faibles moyens du praticien contrôlé, se sentant trahi dans ses pratiques et par cette remise en cause, parfois en fin de carrière, et qui doit gérer cette contrainte administrative à laquelle il n'est pas habitué, et se justifier, en sus, de ses horaires habituels de travail.

À ce sentiment d'injustice s'ajoute souvent un sentiment d'impuissance, devant la rupture de l'égalité des armes entre l'assurance maladie et le praticien, son refus de prendre en compte les observations formulées, une appréciation des actes souvent trop administrative et éloignée des conditions du terrain, ou encore l'absence d'incidence du non-respect des droits de la défense, pourtant codifiés depuis 2007, dans le débat contradictoire.

C'est pourquoi nous vous livrons ici quelques recommandations, fruit du bon sens et d'expériences

- Exercer dans le cadre conventionnel nécessite de comprendre les règles de la vie conventionnelle. Les droits et les devoirs qu'elle induit doivent être parfaitement compris par chaque professionnel.
- Un contrôle dentaire se prépare et ne doit en aucun cas être pris à la légère. Dès la réception du premier courrier, prenez contact avec un conseiller.
- N'hésitez pas à solliciter les patients faisant l'objet du contrôle afin de bien vous imprégner des traitements réalisés un ou deux ans auparavant. Même avec un dossier bien tenu, une piqûre de rappel ne vous fera pas de mal.
- Prenez le temps de répondre aux demandes d'informations complémentaires. C'est à ce stade que tout se joue.
- Contactez dès que possible le chirurgien-dentiste conseil. Les relations humaines n'en seront que meilleures.
- Respectez la NGAP et ses cotations.
- Gardez une trace de tous les traitements réalisés.
- Gardez une copie de tous les documents cliniques adressés (radio, compte rendu...).
- N'inventez rien !
- Si vous constatez que vous avez commis une erreur, admettez-la, personne n'est parfait. Lors de vos réponses n'oubliez pas que les textes qui régissent nos rapports avec les caisses sont la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, la Convention, le code de la Sécurité Sociale et le code de déontologie.
- Tachez dans la mesure du possible de tenir compte des recommandations formulées par le service médical.
- Et si, d'aventure, un exercice hors cadre conventionnel vous traversait l'esprit, sachez que celui-ci a ses propres règles qu'il convient de connaître, mais ceci pourra faire l'objet d'un prochain article... ◆