

**ASSEMBLÉE NATIONALE**

27 janvier 2023

PLFRSS POUR 2023 - (N° 760)

Commission	
Gouvernement	

**AMENDEMENT**

N° 303

présenté par  
M. Bazin

-----

**ARTICLE ADDITIONNEL****APRÈS L'ARTICLE 14, insérer l'article suivant:**

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 114-16, le mot : « à » est remplacé par les mots : « au troisième alinéa de » ;

2° À la première phrase du premier alinéa du III de l'article L. 114-17-1, après le mot : « déterminables », sont insérés les mots : « , réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, » ;

3° Le II de l'article L. 133-4 est abrogé ;

4° L'article L. 162-1-14-2 est ainsi rétabli :

« Art. L. 162-1-14-2. – Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'État est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'État, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application des articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1.

« En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 114-17-1, pénalité qui est notifiée et recouvrée dans les conditions

prévues au même article. La pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

« Le montant de cette pénalité est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées à des fraudes au sens de l'article L. 114-17-1, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.

« La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 114-17-1 fait état de la méthodologie de contrôle employée.

« Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'État. »

II. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « au III de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale. » sont supprimés.

## EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 102 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 crée, de facto, une nouvelle procédure de sanction des professionnels de santé, suite à un contrôle ou une analyse d'activité, qui vient s'ajouter aux cinq procédures de sanction déjà en vigueur. Pour rappel, l'Assurance maladie dispose déjà de :

- 1) La répétition de l'indu fondée sur une preuve ressortant de l'analyse d'activité ;
- 2) La plainte disciplinaire auprès de la chambre disciplinaire ;
- 3) La plainte disciplinaire auprès de la section des assurances sociales ;
- 4) La plainte pénale ;
- 5) La pénalité financière.

Ces procédures ont été progressivement ajoutées pour combattre les fraudes. Elles sont largement suffisantes à condition qu'elles soient appliquées.

La disposition projetée viendrait s'intégrer à l'article L. 133-4 CSS, modifiant substantiellement son application, donnant lieu à deux alternatives, sans qu'on sache quelle motivation permettrait à l'Assurance maladie de choisir entre deux procédures :

- L'indu suivant preuve tangible ;
- Et l'indu par extrapolation.

Par ailleurs, le texte paraît en totale contradiction avec l'article L. 315-1, IV CSS, in fine (droit de la défense) car, en pratique, il y a contradiction entre « extrapolation » et procédure contradictoire.

Quand on extrapole, on soustrait une partie des conclusions à la preuve objective, tangible, qui permet l'échange contradictoire. Il n'est pas certain qu'en soustrayant une partie de l'analyse d'activité au débat contradictoire on facilite l'action des caisses d'assurance maladie. Bien au contraire, les recours juridictionnels augmenteront nettement, dès lors que le praticien mis en cause se voit reprocher des griefs « théoriques » auxquels on aboutit par « un raccourci », celui de l'extrapolation.

S'il y a un réel besoin de de lutter contre la fraude, il n'y a nul besoin de rajouter une sixième procédure qui sera, de plus, perçue comme culpabilisante, simplement parce que l'arsenal, impressionnant, qui existe déjà, n'est pas utilisé à bon escient !

Cet amendement rétablit donc notre droit dans son état antérieur à la LFSS2023.