L’indu.

1. **Introduction.**

Lorsque le versement d’une prestation en nature indue résulte de l’inobservance de la nomenclature générale des actes professionnels, de la nomenclature des actes de biologie médicale, ou de la facturation d’un acte non effectué, l’organisme de sécurité sociale recouvre auprès du professionnel de santé l’indu correspondant.

De fausses déclarations à la CPAM peuvent être apparentées à de l’escroquerie (**article 313-1 du Code pénal**) : 5 ans d’emprisonnement et 375 000 euros d’amende. Interdiction d’exercer peut également être prononcée.

Pour son recouvrement, l’indu est assimilé à une cotisation de sécurité sociale (**article L133-4 CSS**).

La prescription est de trois ans (**article L244-3 CSS**).

En cas de fraude, la prescription de droit commun s’applique (**article L135-4 CSS**).

Il ne peut être calculé de majorations ou de pénalités de retard.

* **Les infractions visées :**
* Inobservation des dispositions des nomenclatures.
* La délivrance d’appareillage ne respectant pas la prescription ou dont la facturation n’est pas conforme à la liste prévue par l’article L165-1 CSS.
* Le non-respect des règles de tarification des transports ou la facturation de frais de transport non conforme à la prescription.
* La facturation d’actes non effectués.
* **Phase amiable : notification de l’indu constaté :**

Lettre signée par le directeur de la CPAM adressée au professionnel comportant les informations suivantes :

* La nature des erreurs constatées, leur date, le nom du ou des malades concernés.
* Le détail des sommes indûment versées à la suite de ces erreurs ou fraudes.
* Le montant de la récupération égal au montant de l’indu.
* La date d’exigibilité des sommes dues (2 mois qui correspondent à l’expiration du délai imparti au débiteur pour saisir la commission de recours amiable).
* Les voies et délais de recours.
* **La procédure après notification amiable de l’indu :**
* Si le professionnel de santé conteste au fond l’indu devant la CRA :

Si la CRA confirme la décision de la caisse, l’infirmier aura deux mois pour saisir le TASS, qui pourra demander une expertise nomenclature (**article L141-2-1 CSS**).

Si la décision du TASS est favorable à la caisse, un appel ou un pourvoi en cassation sont possibles.

A défaut de règlement postérieurement à la signification des décisions de justice passées en force de chose jugée et confirmant le bien fondé de l’indu, la caisse devra adresser au débiteur une mise en demeure de s’acquitter de sa dette.

* Si le professionnel de santé ne conteste et ne règle pas l’indu :

La date limite de paiement étant expirée, la CPAM peut lui adresser une mise en demeure de type URSSAF.

1. **L’action en recouvrement.**

L’envoi d’une mise en demeure est un préalable obligatoire à toute poursuite (**article L244-2 CSS**). C’est une notification de payer le montant réclamé, ou de produire, le cas échéant, ses observations (**article L133-4 CSS**).

Notification qui doit être envoyée par le directeur de l’AM au professionnel par LRAR.

Lettre précise : la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement (**article R133-9-1 CSS**).

Indique au débiteur l’existence d’un délai de deux mois à partir de sa réception pour payer les sommes réclamées. A défaut de paiement dans le délai, mise en demeure de payer l’indu.

Le professionnel peut présenter des observations écrites à l’organisme d’AM.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l’intéressé, le directeur de l’AM adresse par LR une mise en demeure à l’intéressé de payer dans le délai d’un mois à compter de sa réception (**article R139-9-1 CSS**).

La mise en demeure ne peut porter que sur les sommes indiquées dans la notification (**article L133-4 CSS**).

En cas de désaccord avec le professionnel et en l’absence de paiement dans le délai imparti, le directeur de l’AM adresse par LRAR une mise en demeure, qui indique (**article R133-9-1 CSS**) :

* La cause, la nature et le montant des sommes réclamées.
* La date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement.
* Le motif qui conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées.
* L’existence du nouveau délai d’un mois imparti pour s’acquitter des sommes réclamées (à compter de la réception).
* L’existence et le montant de la majoration de 10% appliquée en l’absence de paiement dans ce délai.
* Les voies et délais de recours.

Majoration de 10% qui s’applique seulement si aucun règlement n’est intervenu dans le délai d’un mois à compter de la réception de la mise en demeure.

Si la mise en demeure reste sans effet, le directeur AM peut délivrer une contrainte, qui à défaut d’opposition de la part du débiteur devant le TASS, comporte tous les effets d’un jugement et confère notamment le bénéfice de l’hypothèque judiciaire.

La majoration de 10% peut faire l’objet d’une remise par le directeur de l’organisme de SS à la demande du professionnel, en cas de bonne foi ou si le montant est inférieur aux seuils (**articles L161-1-5 R133-9-1 CSS**).

* **La procédure de recouvrement :**

La loi de financement de la SS pour 2009 autorise le directeur d’un organisme de SS à délivrer une contrainte pour obtenir le recouvrement d’une prestation indûment versée.

Produit les mêmes effets qu’un jugement si le débiteur ne formule pas d’opposition dans le délai de recours (**article L161-1-5 CSS**).

La procédure s’ouvre par ‘l’envoi d’une lettre de notification de payer le montant réclamé, laquelle indique les délais de recours et les conditions de saisine de la commission de recours amiable (**article R133-9-2 CSS**).

A l’expiration du délai de saisine, le directeur de la caisse adresse une mise en demeure. Doit indiquer le motif, la nature et le montant des sommes réclamées, ainsi que la date du versement des indus.

Si rejet total ou partiel, précise les motifs (**article R133-9-2 CSS**).

A défaut de paiement dans le délai d’un mois suivant la notification, le directeur décerne une contrainte (**article R133-3 CSS**).

Contrainte signifiée par acte d’huissier ou par LRAR. Indique à peine de nullité la référence et le montant de la contrainte ainsi que le délai et la procédure pour y former opposition devant la juridiction compétente.

Dans les quinze jours à compter de la signification de la contrainte, le débiteur peut former opposition auprès du secrétariat du TASS. Opposition qui doit être accompagnée de la copie de la contrainte contestée et qui doit être motivée. Décision du TASS est susceptible d’appel ou de cassation.

En cas d’absence d’opposition dans les 15 jours qui suivent sa notification : produit tous les effets d’un jugement (**articles L161-1-5 et R133-3 CSS**).

Lorsque le préjudice subi par la caisse en raison d’un indu ne peut pas précisément être chiffré, la détermination par une méthode forfaitaire ou statistique peut être admise, de même que la détermination approximative et par des extrapolations fondées sur les différents éléments recueillis lors des investigations.

Lorsque la demande de répétition de la caisse contre le professionnel de santé se fonde sur une différence d’appréciation du respect d’une condition d’ordre médical, la demande en répétition de l’indu ne pourra être tranchée qu’après la tenue d’une expertise médicale (**article 141-1 CSS**).

Les contestation relatives à l’application par les professionnels de santé des nomenclatures d’actes professionnels et d’actes de biologie médicale sont soumises au TASS qui peut ordonner une expertise technique spécifique (**article L141-2-1 CSS**), par un expert inscrit sur liste nationale.

La procédure d’expertise est applicable devant le TASS et la CA (**article R142-30 CSS**).

Le défaut de convocation des parties par l’expert entraine la nullité du rapport de ce dernier pour non-respect du principe du contradictoire.

Lorsque la caisse ne répond pas dans le délai imparti à la demande d’entente préalable, elle approuve tacitement la cotation proposée par le praticien et, dès lors, elle ne peut revenir postérieurement sur cet accord tacite, en réclamant le remboursement des prestations versées à tort sur la base d’une cotation erronée (**chambre sociale, Ccas, 23 janvier 1997**).

La répétition de l’indu peut être demandée au professionnel de santé, même si le paiement a été effectué à l’assuré.

Lorsqu’un professionnel de santé fait l’objet d’une notification de l’indu et qu’il est également débiteur à l’égard de l’assuré ou de son organisme complémentaire, la caisse d’AM peut récupérer la totalité de l’indu et restitue à l’assuré ainsi que, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montant versés à tort (**article L133-4 CSS**).

1. **La procédure d’injonction de payer.**

Le recouvrement d’une créance peut être demandé suivant la procédure d’injonction de payer lorsqu’elle résulte d’une prise en charge injustifiée ou d’un indu de prestation (**article R142-27-1 CSS**).

La demande doit être présentée devant le président du TASS ou demeure le débiteur.

L’organisme local d’AM doit saisir le président du TASS en adressant ou remettant une requête à son secrétariat.

Cette requête doit indiquer le montant précis de la somme réclamée avec le décompte des différents éléments de la créance ainsi que le fondement de celle-ci et elle doit être accompagnée des pièces justificatives correspondantes.

Le président du TASS peut décider soit de reconnaître le bien-fondé de la requête en prononçant une ordonnance d’injonction de payer pour le montant qu’il estime justifié, soit de rejeter l’intégralité de la requête. Le créancier ne dispose d’aucune voie de recours contre cette décision.

Le créancier doit signifier à chacun des débiteurs, par exploit d’huissier, une copie certifiée conforme de la requête et de l’ordonnance dans les six mois après son prononcé ; à défaut, l’ordonnance est réputée non avenue.

L’acte doit comporter à peine de nullité certaines mentions relatives à l’objet de l’ordonnance, à l’information du débiteur et aux délais de voies de recours dont il dispose.

L’opposition doit être formée par le débiteur, soit dans le mois qui suit ladite notification, soit lorsque la signification n’a pas été faite à personne, dans le mois qui suit la première notification à personne faite contre un codébiteur ou le premier acte d’exécution ayant pour effet de rendre indisponible tout ou partie des biens du débiteur.

Le créancier requérant peut obtenir l’apposition de la formule exécutoire auprès du greffe, uniquement si aucune opposition n’a été formée par le débiteur dans le délai qui lui était imparti. Dans ce cas, l’ordonnance produit tous les effets d’un jugement contradictoire et elle n’est pas susceptible d’appel.

La récidive permet d’aggraver la sanction (**article 132-10 Code pénal, CA Paris, 11 mars 2009**).

**Action devant le TASS :**

La caisse a la possibilité de ne pas utiliser la procédure de la mise en demeure et de la contrainte et peut décider d’engager directement une action en paiement de l’indu devant le tribunal des affaires de sécurité sociale afin d’obtenir la condamnation du professionnel au règlement de l’indu.

1. **La jurisprudence relative à l’indu.**

**Arrêt de la Cour d’appel de Pau, chambre sociale, 4 décembre 2014.**

Le droit d’obtenir la prise en charge de soins et leur paiement au tarif de responsabilité d’une caisse appartient à l’assuré social seul, a fortiori lorsque ce droit dépend d’une entente préalable.

C’est l’assuré social qui est titulaire du droit d’être remboursé ou pris en charge au titre du tiers payant par la caisse débitrice de cette obligation. L’infirmier libéral choisi par l’assuré social n’est que le prestataire de soins et non le titulaire de la créance.

La contestation de la décision de refus de prise en charge appartient à l’assuré social titulaire du droit et non pas à l’infirmier prestataire de soins.

**Arrêt de la Cour de cassation, 2ème chambre civile, 28 mai 2014.**

Jugement déclare la caisse mal fondée dans sa demande de répétition de l’indu : infirmier libéral.

Ccas : casse l’arrêt.

MOYENS :

Si l’accord de la CPAM consécutif à une demande d’entente préalable, qu’il soit implicite ou non, exclut une contestation ultérieure de la part de la CPAM, notamment dans le cadre de l’indu fondé sur la qualification de l’acte au regard de la nomenclature, en revanche, l’accord ne s’oppose en aucune façon à ce que la CPAM notifie un indu si elle constate qu’à raison d’une règle, étrangère à la qualification, l’acte ne pouvait donner lieu à prise en charge.

Les juges du fond ne pouvaient refuser de maintenir l’indu s’agissant des majorations de jour férié, dès lors que les prestations ne correspondaient pas aux prescriptions médicales comme l’exige la nomenclature.

Il est obligatoire de maintenir l’indu s’agissant des majorations de nuit, même quand elles n’ont pas été prescrites (exigé par la nomenclature).

MOTIFS :

**La nomenclature générale des actes professionnels n’autorise le remboursement des actes effectués par un auxiliaire médical que s’ils ont fait l’objet d’une prescription médicale écrite, quantitative et qualitative**, ce qui rendait inopérante la demande d’entente préalable pour le surplus des séances qui n’étaient pas mentionnées par la prescription.