

ODAYA AVOCAT

— LA DÉFENSE DES MÉDECINS —

GUIDE PRATIQUE

**Faire face à un
contrôle CPAM**

De la notification d'indu à la procédure devant le pôle social

Maître Yohan DEHAN

Avocat au Barreau de Paris

Cabinet Odaya Avocat

Avant-propos

Recevoir une notification de la CPAM est rarement anodin. La lettre est froide, le ton administratif, la somme parfois vertigineuse. Elle arrive souvent sans prévenir, en plein milieu d'une journée de consultation, et elle contient un mot que le médecin redoute : indu.

Ce guide a été conçu pour vous accompagner pas à pas, depuis l'instant où vous découvrez la lettre jusqu'à la décision qui clôt le contentieux. Il est volontairement long, parce que la matière est technique, mais il est rédigé pour rester compréhensible, pratique, et utilisable immédiatement.

Vous y trouverez la procédure expliquée, les pièges les plus fréquents, les modèles de courriers, les calculs à vérifier, les délais à ne jamais manquer, ainsi que des recommandations stratégiques que je formule chaque semaine pour les médecins que je défends.

Ce guide ne remplace pas la consultation d'un avocat. Chaque dossier contient ses spécificités, et les sommes en jeu justifient presque toujours une analyse personnalisée. Mais il vous permettra d'aborder votre situation avec sang-froid, méthode, et la certitude de ne pas commettre d'erreur irrémédiable dans les premières heures.

Bonne lecture.

Maître Yohan DEHAN

Avocat au Barreau de Paris — Odaya Avocat

Sommaire

Avant-propos

Partie I — Comprendre le contrôle CPAM

- 1. Qu'est-ce qu'un contrôle CPAM ?
- 2. Les acteurs : CPAM, DRSM, service du contrôle médical, ELSM
- 3. Les types de contrôles : analyse d'activité, contrôle T2A, contrôle ciblé, contrôle administratif
- 4. Les fondements juridiques : code de la sécurité sociale, NGAP, CCAM

Partie II — Le déroulement d'un contrôle, étape par étape

- 5. La phase silencieuse : ce qui se passe avant que vous soyez prévenu
- 6. La notification de griefs : la première lettre officielle
- 7. La phase contradictoire : audition et observations
- 8. La notification de payer : le passage à l'acte

Partie III — Décortiquer un indu CPAM

- 9. Comment la CPAM calcule un indu
- 10. L'extrapolation : la technique qui transforme 200 € en 50 000 €
- 11. Vérifier les calculs : la check-list complète

Partie IV — Construire la défense

- 12. Les arguments de fond
- 13. Les arguments de procédure
- 14. Les arguments fondés sur la jurisprudence récente

Partie V — Les voies de recours

- 15. La commission de recours amiable (CRA)
- 16. Le pôle social du tribunal judiciaire
- 17. La cour d'appel et la Cour de cassation

Partie VI — Les sanctions complémentaires

- 18. La pénalité financière (article L.114-17-1)
- 19. La procédure conventionnelle et le déconventionnement
- 20. Le signalement à l'Ordre et au Parquet

Partie VII — Jurisprudence de référence

- 21. Sur la procédure de notification des griefs
- 22. Sur la pénalité financière
- 23. Sur l'extrapolation et le calcul de l'indu
- 24. Sur le contradictoire et les droits de la défense
- 25. Sur la prescription

- 26. Sur les volets pénaux des contrôles

Partie VIII — Scénarios pratiques

Partie IX — Modèles, check-lists et FAQ

- 27. Modèles de courriers
- 28. Check-lists pratiques
- 29. Foire aux questions
- 30. Glossaire

Conclusion — Mentions légales

Partie I — Comprendre le contrôle CPAM

1. Qu'est-ce qu'un contrôle CPAM ?

Le contrôle CPAM est l'ensemble des opérations par lesquelles l'organisme local d'assurance maladie vérifie que les sommes qu'il a versées à un professionnel de santé l'ont été à bon droit. C'est à la fois un contrôle administratif (la facturation est-elle régulière ?) et, dans certains cas, un contrôle médical (les actes étaient-ils médicalement justifiés ?).

Le pouvoir de contrôle de la CPAM trouve sa source principale dans le code de la sécurité sociale, en particulier les articles L.133-4, L.114-9, L.162-1-7, L.315-1 et suivants. Ces textes autorisent l'organisme à récupérer toute somme versée à tort, à demander des explications, à auditionner le professionnel, et à saisir, le cas échéant, les juridictions compétentes.

Trois éléments sont à retenir dès le début :

- Le contrôle peut porter sur une période rétroactive de plusieurs années (en règle générale trois ans, parfois plus si fraude).
- La CPAM dispose de prérogatives administratives qui ressemblent, dans leur force, à celles d'un service d'enquête.
- La charge de la preuve est partagée mais joue souvent en défaveur du médecin, qui doit produire ses dossiers, ses justificatifs, ses cotations.

⚠ À retenir absolument

Un contrôle CPAM n'est pas une formalité administrative banale. Il peut aboutir à un indu chiffré, à une pénalité financière, à un signalement à l'Ordre, au Parquet, et au déconventionnement. La somme réclamée peut atteindre plusieurs centaines de milliers d'euros sans que le médecin ait commis de fraude au sens pénal du terme.

2. Les acteurs du contrôle

Comprendre qui fait quoi est essentiel pour bien réagir. Plusieurs structures peuvent intervenir, parfois en parallèle, parfois successivement.

2.1 La CPAM (Caisse primaire d'assurance maladie)

C'est l'organisme payeur. Elle a versé les honoraires sur la base de feuilles de soins, de FSE (feuilles de soins électroniques) ou de bordereaux. Elle a un intérêt direct à récupérer les sommes qu'elle estime indûment versées. Elle est pilote du contrôle administratif, et c'est elle qui notifie l'indu, encaisse les paiements, et engage les poursuites.

2.2 La DRSM (Direction régionale du service médical)

Bras médical de l'assurance maladie. Composée de médecins-conseils, elle apprécie la pertinence et la justification des actes. Quand le contrôle porte sur la conformité médicale (et

non purement comptable), c'est la DRSM qui mène l'analyse. Le médecin-conseil peut convoquer le professionnel, examiner les dossiers patients, demander des explications cliniques.

2.3 Le service du contrôle médical et l'ELSM

L'ELSM (Échelon local du service médical) est l'antenne locale de la DRSM. C'est souvent l'ELSM qui procède concrètement aux auditions et aux échanges avec le praticien.

2.4 Autres acteurs possibles

- Le directeur de la CPAM, signataire des notifications et des pénalités financières.
- La commission des pénalités, qui rend un avis avant prononcé d'une pénalité financière.
- La commission paritaire (locale ou nationale) en cas de procédure conventionnelle.
- L'Ordre départemental, en cas de signalement.
- Le Parquet, en cas de soupçon d'escroquerie ou de faux.

3. Les types de contrôles

Tous les contrôles CPAM ne se ressemblent pas. La nature du contrôle détermine les arguments mobilisables et la stratégie à adopter.

3.1 Le contrôle d'activité (analyse d'activité)

La CPAM compare votre activité à celle de vos confrères de même spécialité, dans la même région. Le déclencheur est statistique : vous facturez plus que la moyenne, plus de visites longues, plus de cotations majorées, plus de C2, plus d'actes techniques. L'analyse d'activité aboutit fréquemment à un indu pour cotation excessive ou non conforme.

3.2 Le contrôle T2A (Tarification à l'activité)

Concerne principalement les médecins exerçant en établissement de santé (PH, hôpital privé). La CPAM (ou plus exactement l'unité de coordination régionale) vérifie le codage PMSI, les GHM, les GHS. Une recodification à la baisse peut entraîner un indu massif sur plusieurs exercices.

3.3 Le contrôle ciblé sur acte

La CPAM se concentre sur un acte ou une cotation précise. Exemple : la majoration MD pour les médecins traitants, la cotation MCG, la cotation de téléconsultation, le forfait FPE. Toute la facturation de cet acte sur la période contrôlée est passée au crible.

3.4 Le contrôle administratif (factures, FSE, ordonnances)

Vérification de la régularité formelle des feuilles de soins, des prescriptions, des doubles facturations, des actes hors nomenclature, des actes facturés mais non réalisés. C'est le terrain le plus fréquent des indus pour défaut de réalité de l'acte.

3.5 Le contrôle conventionnel

Mené dans le cadre du dispositif conventionnel et de la convention médicale. Peut viser une non-conformité aux engagements conventionnels (ROSP, parcours de soins, télémédecine). Les sanctions peuvent inclure le déconventionnement.

◆ Le bon réflexe

Dès la première lettre, identifiez précisément le type de contrôle. La rédaction de la notification est la clé : elle indique presque toujours le fondement légal mobilisé (L.133-4, L.162-1-14, etc.) et le type de manquement reproché. Cette identification conditionne toute la stratégie.

4. Les fondements juridiques essentiels

Maîtriser les textes mobilisables est indispensable, à la fois pour comprendre ce qui vous est reproché et pour identifier les failles éventuelles de la procédure menée par la CPAM.

4.1 Article L.133-4 du code de la sécurité sociale

C'est le texte pivot de la récupération d'indu. Il autorise l'organisme à récupérer auprès du professionnel les sommes versées à tort en cas de non-respect des règles de tarification ou de facturation. Il fixe également la prescription : trois ans, portée à cinq ans en cas de fraude ou de fausse déclaration.

4.2 Articles L.114-9 à L.114-17-1

Régime des contrôles, des sanctions administratives, et des pénalités financières. L.114-17-1 est particulièrement redouté : il permet d'infliger une pénalité financière distincte de l'indu, qui peut atteindre des sommes considérables (jusqu'à 70 % de l'indu, parfois davantage en cas de fraude).

4.3 Articles L.162-1-7 et suivants

Définissent la portée et la valeur juridique des nomenclatures (NGAP, CCAM). Ce sont eux qui imposent le respect des règles de cotation.

4.4 NGAP et CCAM

La Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) régit les actes des médecins généralistes et de certaines spécialités cliniques. La Classification commune des actes médicaux (CCAM) régit les actes techniques. Toute discussion sur la justesse d'une cotation

passer par l'interprétation rigoureuse de ces textes, qui sont publiés au Journal officiel et opposables.

4.5 Article R.142-1 et suivants

Procédure devant la commission de recours amiable et le pôle social. Ce sont les règles que la CPAM doit respecter scrupuleusement, et leur violation est l'un des terrains de défense les plus efficaces.

⚠ Vice de procédure = nullité possible

Le code de la sécurité sociale impose des formes strictes : motivation de la notification, mention des voies de recours, délai pour présenter ses observations, communication des pièces. La méconnaissance de ces obligations peut entraîner la nullité de la procédure et l'effacement de l'indu, sans même qu'il soit nécessaire de discuter le fond.

Partie II — Le déroulement d'un contrôle, étape par étape

5. La phase silencieuse

La plupart des médecins découvrent le contrôle au moment où ils reçoivent la première lettre officielle. Pourtant, le contrôle a généralement commencé plusieurs mois auparavant, sans que le professionnel en soit informé.

5.1 Le ciblage statistique

La CPAM dispose d'outils d'analyse statistique qui comparent votre activité, votre profil de prescription, votre cotation moyenne, à ceux de vos confrères. Lorsqu'une donnée s'écarte significativement de la moyenne, vous devenez candidat à un contrôle. Ces écarts ne sont pas en eux-mêmes la preuve d'un manquement, mais ils déclenchent une investigation.

5.2 L'analyse documentaire interne

Pendant cette phase, le service du contrôle médical (ELSM) examine sans vous prévenir vos feuilles de soins, vos prescriptions, vos ordonnances, parfois sur plusieurs années. Il peut interroger des assurés, demander à des patients de transmettre les ordonnances reçues, comparer le contenu déclaré au contenu réel. Cette phase peut durer plusieurs mois.

5.3 Que pouvez-vous faire à ce stade ?

À ce stade, par définition, vous ne savez rien. Mais vous pouvez et devez tenir une bonne hygiène documentaire au quotidien :

- Conserver les dossiers patients pendant au moins 10 ans (durée recommandée pour la défense).
- Garder une trace écrite de chaque acte facturé : date, motif, contenu clinique, justification de la cotation.
- Sauvegarder les FSE et les bordereaux de remboursement.
- Pour les actes techniques, conserver le compte rendu et toute imagerie associée.
- En cas de visite à domicile : garder une preuve de l'indication (dépendance, sortie d'hospitalisation, etc.).

6. La notification de griefs

La notification de griefs est la première lettre officielle que vous recevez. Elle marque le début de la phase contradictoire et déclenche les délais. Sa lecture doit être méthodique.

6.1 Forme et contenu obligatoires

Le code de la sécurité sociale et la jurisprudence imposent que la notification :

- Soit motivée : elle doit indiquer précisément les faits reprochés, les périodes contrôlées, les actes ou cotations litigieux, les fondements juridiques mobilisés.
- Mentionne les voies et délais de recours.
- Indique le montant de l'indu réclamé, ou à tout le moins les éléments permettant de le calculer.
- Soit envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception.
- Précise la possibilité de présenter des observations dans un délai déterminé (généralement un mois, parfois deux).

6.2 Comment lire la notification

Plusieurs informations doivent être recherchées en priorité :

1. Le nom et la qualité du signataire (directeur, médecin-conseil, agent agréé).
2. La date de l'envoi (qui n'est pas toujours la date de réception, mais peut être déterminante pour la prescription).
3. La période contrôlée (vérifier qu'elle n'excède pas trois ans en règle générale).
4. Le fondement juridique invoqué (L.133-4, L.114-17-1, etc.).
5. Le détail des actes ou cotations contestés.
6. Le mode de calcul de l'indu (somme par somme, ou par extrapolation).

6.3 Les pièges fréquents de la notification

- Une motivation trop vague : « non-conformité aux règles de cotation » sans détail.
- Un calcul global, sans détail acte par acte, qui rend la contestation factuelle impossible.
- Une période qui dépasse la prescription triennale sans justification.
- Une mention erronée des voies de recours.
- Une signature illisible ou par délégation non justifiée.

⚠ Premier réflexe à adopter

Conservez l'enveloppe avec le cachet postal. Faites une copie de la notification. Ne signez aucun document, ne payez rien, n'envoyez aucune réponse spontanée. Identifiez le délai pour présenter vos observations et placez immédiatement un rappel à mi-délai.

7. La phase contradictoire

Entre la notification de griefs et la décision finale, vous bénéficiez d'un droit fondamental : le contradictoire. Il prend deux formes principales : la possibilité de présenter des observations écrites, et le droit, le cas échéant, à une audition.

7.1 Les observations écrites

Vous disposez d'un délai (en général un mois, parfois deux) pour adresser vos observations. C'est l'étape stratégique majeure. Ce que vous écrivez à ce stade orientera tout le contentieux qui pourrait suivre.

Un bon mémoire d'observations doit :

- Reprendre méthodiquement chaque grief, point par point.
- Joindre les pièces justificatives (extraits de dossiers anonymisés si nécessaire, attestations, comptes rendus).
- Soulever les éventuels vices de procédure.
- Discuter le calcul de l'indu si vous l'estimez erroné.
- Demander la communication des pièces sur lesquelles la CPAM s'est fondée.
- Conclure par une demande explicite (abandon des griefs, réduction de l'indu, audition).

7.2 L'audition

Vous pouvez être convoqué par le service du contrôle médical pour vous expliquer. L'audition n'est pas anodine : tout ce que vous y dites est noté, peut être utilisé ensuite, et constitue parfois un aveu implicite difficile à retirer.

Trois recommandations :

7. Vous avez le droit d'être assisté d'un avocat. Utilisez ce droit.
8. Préparez votre intervention : soyez précis, factuel, technique. N'improvisez pas.
9. Demandez la remise du procès-verbal et relisez-le attentivement avant de le signer. Si une formulation vous semble inexacte, faites-la corriger ou faites mentionner votre désaccord.

◆ Le PV, c'est la pièce reine

Le procès-verbal d'audition est le document que les juges liront le plus attentivement. Une formule maladroite (« j'ai effectivement coté en C2 alors que je n'avais pas la qualité requise ») peut être utilisée comme un aveu. À l'inverse, un PV neutre et précis devient un atout. Ne sous-estimez pas l'enjeu de chaque mot.

8. La notification de payer

Lorsque la CPAM estime, à l'issue de la phase contradictoire, que les griefs sont confirmés, elle adresse une notification de payer. C'est l'acte qui matérialise l'indu et qui vous oblige juridiquement.

8.1 Forme et effets

La notification de payer est un titre exécutoire. À défaut de paiement ou de contestation dans les délais, la CPAM peut engager des mesures de recouvrement forcé : opposition à tiers détenteur, saisie des comptes bancaires, retenue sur les remboursements futurs.

8.2 Délai de contestation

Vous disposez généralement de deux mois à compter de la notification pour saisir la commission de recours amiable (CRA). Ce délai est impératif. Le manquer revient à rendre l'indu définitif.

8.3 Effet suspensif ou non du recours

Le recours devant la CRA n'est pas suspensif : la CPAM peut continuer à demander le paiement, voire procéder à des retenues sur les remboursements ultérieurs. Pour suspendre le recouvrement, il faut généralement obtenir une décision spécifique du juge ou négocier un échelonnement.

⚠ Le délai de 2 mois est implacable

Aucune souplesse n'est admise : un recours déposé un jour après le délai est irrecevable, peu importe les motifs invoqués. Si vous recevez une notification de payer, prenez immédiatement contact avec un avocat ou déposez vous-même un recours, même bref, dans les délais. Vous pourrez compléter ensuite.

Partie III — Décortiquer un indu CPAM

9. Comment la CPAM calcule un indu

Comprendre le calcul est la condition pour le contester. Beaucoup de médecins acceptent l'indu sans vérifier les chiffres, alors que c'est précisément là que se nichent les erreurs les plus fréquentes.

9.1 Le calcul acte par acte

Méthode classique : la CPAM identifie chaque acte qu'elle conteste, déduit ce qu'elle estime être la cotation correcte, et calcule la différence. Cette méthode est juridiquement la plus solide, mais elle est lourde à mettre en œuvre quand il y a des centaines d'actes.

9.2 Le calcul global ou forfaitaire

La CPAM applique un pourcentage à l'ensemble de votre activité, en se fondant sur un échantillon. C'est ici que se trouve le terrain de bataille principal : si l'échantillonnage est mal fait, ou si les pourcentages ne sont pas démontrés, l'indu peut être annulé.

9.3 Le calcul par extrapolation

Variante du calcul global. La CPAM examine un échantillon de dossiers (par exemple 50 dossiers sur les 3 000 que vous avez réalisés sur la période), constate un certain pourcentage de non-conformité (par exemple 28 %), et applique ce pourcentage à l'ensemble de votre activité sur la période. Le résultat peut être considérable.

10. L'extrapolation : la technique qui transforme 200 € en 50 000 €

L'extrapolation mérite un chapitre à elle seule, car c'est l'un des leviers de défense les plus puissants pour le médecin contrôlé.

10.1 Le principe

Sur un échantillon limité, la CPAM constate un taux d'irrégularité. Elle applique ce taux au volume total facturé, et obtient un montant d'indu projeté. Mathématiquement séduisant. Juridiquement contestable.

10.2 Les conditions de validité de l'extrapolation

La jurisprudence a fixé des conditions strictes. Pour qu'une extrapolation soit régulière, il faut généralement :

- Un échantillon représentatif (taille suffisante, sélection aléatoire, méthode statistique transparente).
- Une marge d'erreur calculée et communiquée.

- Une méthodologie communiquée au professionnel pour qu'il puisse la discuter.
- Une homogénéité de l'activité sur la période contrôlée (un changement de pratique, l'arrivée d'un associé, une modification d'orientation peuvent invalider l'extrapolation).
- Le respect du contradictoire sur la méthode même.

10.3 Les angles d'attaque

La défense peut viser :

- L'absence de communication de la méthodologie statistique, qui empêche le contrôle de la régularité du calcul (atteinte au contradictoire).
- L'insuffisance de l'échantillon (trop petit, non représentatif).
- L'absence de prise en compte des spécificités de la patientèle (patientèle âgée, ALD, zone défavorisée).
- L'application d'un taux d'irrégularité contestable, par exemple lorsque la CPAM compte comme « irrégulier » un acte qui était en réalité justifié sur le plan médical.

◆ Décision marquante

Plusieurs décisions de cours d'appel ont annulé des indus extrapolés au motif que la méthode statistique n'avait pas été communiquée au professionnel ou qu'elle n'était pas suffisamment fiable. C'est une voie de défense que tout médecin doit envisager dès qu'un indu d'apparence excessive est calculé sur un échantillon.

11. Vérifier les calculs : la check-list complète

Avant de contester, il faut vérifier. Cette check-list vous permet de passer le calcul de la CPAM au crible.

11.1 Vérifications de forme

- Le calcul figure-t-il dans la notification, ou faut-il le demander ?
- Chaque acte litigieux est-il identifié (date, patient, montant) ?
- Le total annoncé correspond-il bien à la somme des éléments détaillés ?
- La période contrôlée est-elle correctement définie ?
- La prescription triennale (ou quinquennale en cas de fraude) est-elle respectée ?

11.2 Vérifications de fond

- Pour chaque acte contesté, le motif de redressement est-il précisé ?
- Le motif retenu correspond-il bien à la nomenclature applicable à la date de l'acte ?
- Les actes contestés sont-ils tous individuellement identifiés (et non pas uniquement par sondage) ?
- L'extrapolation, si elle est utilisée, est-elle motivée ?

- Les sommes déjà remboursées (par les complémentaires, les patients) sont-elles déduites ?

11.3 Vérifications statistiques (en cas d'extrapolation)

- Quelle est la taille de l'échantillon ? Le ratio échantillon/population totale est-il statistiquement significatif ?
- Quelle est la méthode de tirage ? Le caractère aléatoire est-il vérifiable ?
- Quelle est la marge d'erreur calculée ?
- La méthode complète vous a-t-elle été communiquée ?

11.4 Ce que vous devez exiger

Vous avez le droit d'obtenir : la liste exhaustive des actes contestés, le détail du calcul, la méthodologie statistique en cas d'extrapolation, les copies des éléments retenus contre vous (FSE, prescriptions, dossiers). Si la CPAM refuse ou s'abstient, c'est en soi un motif de nullité de la procédure.

Demande de communication des pièces — modèle

Madame, Monsieur le Directeur,

Suite à votre courrier du [date] portant notification de griefs en application de l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale, je sollicite par la présente la communication intégrale des éléments suivants, indispensables à l'exercice effectif de mes droits :

- le détail acte par acte du calcul de l'indu réclamé ;
- la copie des feuilles de soins, prescriptions et dossiers retenus à mon encontre ;
- en cas d'extrapolation, la méthodologie statistique complète, la composition de l'échantillon et la marge d'erreur retenue ;
- l'identité, la qualité et l'habilitation des agents ayant procédé au contrôle.

Je vous remercie de me transmettre ces éléments dans les meilleurs délais, étant rappelé que leur défaut de communication ferait obstacle à l'exercice du contradictoire et serait susceptible de fonder une demande d'annulation de la procédure.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Docteur [Nom Prénom] — [Numéro RPPS]

Partie IV — Construire la défense

12. Les arguments de fond

Les arguments de fond sont ceux qui visent à démontrer que les actes facturés étaient justifiés et correctement cotés. Ils nécessitent un travail clinique et documentaire approfondi.

12.1 La justification médicale de l'acte

Le premier terrain est celui de la pertinence médicale. Pour chaque acte contesté, vous devez pouvoir démontrer :

- L'indication clinique (motif de consultation, diagnostic, complication).
- La conformité aux recommandations de bonne pratique applicables (HAS, sociétés savantes).
- La traçabilité dans le dossier patient (anamnèse, examen, conclusion).
- La proportionnalité de l'acte (pas de surconsommation, pas d'acte inutile).

12.2 La justification de la cotation

La cotation est encadrée par la NGAP et la CCAM. Pour défendre une cotation, vous devez :

- Citer le libellé exact de la nomenclature à la date de l'acte.
- Démontrer que les conditions de cotation étaient réunies (durée, technicité, complexité, conditions d'environnement).
- Mobiliser les éventuelles précisions données par l'UNCAM, la HAS ou les avis officiels.

12.3 Cas fréquents : exemples

Cotation C2 (consultation de second recours)

Souvent contestée. Pour la défendre, il faut démontrer que les conditions de l'avis ponctuel de consultant étaient réunies (demande explicite du médecin traitant, retour écrit, absence d'acte technique, pas de suivi du patient à plus de 4 mois).

Cotation V (visite à domicile)

La visite est strictement encadrée. Sa contestation porte fréquemment sur la justification de la non-déplaçabilité du patient. La défense passe par la traçabilité de l'indication (immobilisation, sortie d'hospitalisation, fin de vie, polyhandicap).

Majoration MD, MCG, MTX

Ces majorations supposent des conditions précises (médecin traitant déclaré, parcours de soins coordonnés, urgence ou jour férié). La défense passe par la vérification automatisée des conditions à la date exacte de chaque acte.

Téléconsultation

Domaine en forte évolution. Les conditions de cotation ont changé plusieurs fois entre 2018 et 2024. Pour défendre une téléconsultation contestée, il est crucial de cibler les règles applicables à la date précise de l'acte.

13. Les arguments de procédure

Les arguments de procédure sont souvent les plus puissants car ils peuvent entraîner la nullité totale de l'indu, indépendamment du fond.

13.1 La prescription

La CPAM ne peut récupérer qu'à raison des actes des trois dernières années (cinq en cas de fraude). Vérifiez systématiquement :

- La date des actes les plus anciens visés.
- La date d'envoi de la notification (cachet postal de l'enveloppe).
- L'absence d'événement interruptif de la prescription.

13.2 La motivation insuffisante

Une notification non motivée ou insuffisamment motivée peut être annulée. La motivation doit permettre au professionnel de comprendre précisément ce qu'on lui reproche.

13.3 La méconnaissance du contradictoire

Si la CPAM s'est fondée sur des pièces qui ne vous ont pas été communiquées, ou si elle ne vous a pas laissé un délai raisonnable pour répondre, la procédure peut être viciée.

13.4 Le défaut d'habilitation

Les agents qui contrôlent doivent être habilités et assermentés. Une signature par un agent non habilité, ou une délégation de signature non régulière, peut entraîner la nullité.

13.5 Les vices propres à l'extrapolation

- Échantillon insuffisant ou non aléatoire.
- Méthode statistique non communiquée.
- Absence de marge d'erreur.
- Hétérogénéité de la période contrôlée.

◆ La procédure d'abord

Dans la stratégie de défense, il est presque toujours préférable de soulever les arguments de procédure en premier. S'ils prospèrent, l'indu disparaît sans qu'il soit nécessaire de discuter chaque acte. C'est une économie considérable de temps et d'énergie pour le médecin.

14. Les arguments fondés sur la jurisprudence récente

La jurisprudence évolue rapidement en matière de contrôle CPAM. Plusieurs orientations récentes méritent d'être connues.

14.1 La rigueur croissante sur la motivation

Plusieurs arrêts ont rappelé que la motivation de la notification d'indu doit permettre au professionnel d'identifier précisément les manquements reprochés. Une formulation générique est insuffisante.

14.2 Le contrôle approfondi de l'extrapolation

Les juges du fond exercent un contrôle de plus en plus fin sur la méthodologie statistique. La simple invocation d'une moyenne ou d'un pourcentage ne suffit plus.

14.3 La proportionnalité des sanctions

La pénalité financière prévue par L.114-17-1 doit être proportionnée à la gravité des manquements. Plusieurs décisions ont réduit substantiellement des pénalités jugées disproportionnées.

14.4 Le respect des droits de la défense

La jurisprudence rappelle régulièrement que le contrôle CPAM, bien que de nature administrative, doit respecter les principes du procès équitable, notamment le droit d'être assisté par un avocat lors des auditions et le droit d'accéder aux pièces.

Partie V — Les voies de recours

15. La commission de recours amiable (CRA)

La CRA est l'étape obligatoire avant toute saisine du juge. Elle est interne à la CPAM, ce qui peut légitimement faire douter de son impartialité, mais son rôle est juridiquement essentiel.

15.1 Délai de saisine

Deux mois à compter de la réception de la notification de payer. Ce délai est de rigueur. Le recours doit être adressé par lettre recommandée avec accusé de réception, ou déposé contre récépissé.

15.2 Forme et contenu

Le recours doit :

- Identifier la décision contestée (référence, date).
- Exposer les motifs de la contestation.
- Joindre les pièces justificatives.
- Formuler une demande explicite (annulation, réduction, etc.).

15.3 Délai de réponse de la CRA

La CRA dispose d'un délai (généralement deux mois) pour statuer. À défaut de réponse dans ce délai, le recours est implicitement rejeté, ce qui ouvre la voie au tribunal.

15.4 Stratégie devant la CRA

Beaucoup d'avocats considèrent que la CRA n'est qu'une étape formelle. C'est une erreur. Un mémoire bien construit peut conduire à une réduction substantielle de l'indu, voire à un abandon des griefs. Il vaut toujours mieux essayer de gagner devant la CRA que devant le juge, pour des raisons de coût, de délai et de stress.

Recours CRA — structure type

Pour : Docteur [Nom Prénom], [adresse]

Contre : la décision de la Caisse primaire d'assurance maladie de [...] en date du [...] notifiée le [...]

I — RAPPEL DES FAITS

[Récit chronologique sobre]

II — DISCUSSION

A. Sur la prescription

- B. Sur la motivation insuffisante de la notification
- C. Sur la méconnaissance du contradictoire
- D. Sur le calcul de l'indu (acte par acte ou extrapolation)
- E. Sur le fond : justification médicale et nomenclature

III — DEMANDES

À titre principal : annulation de la notification d'indu.

À titre subsidiaire : réduction de l'indu à hauteur de [...]

À titre infiniment subsidiaire : échelonnement.

Pièces jointes :

1. Notification de griefs
2. Notification de payer
3. [extraits de dossiers anonymisés]

...

16. Le pôle social du tribunal judiciaire

En cas de rejet (explicite ou implicite) par la CRA, vous pouvez saisir le pôle social du tribunal judiciaire. C'est ici que le contentieux devient véritablement juridictionnel.

16.1 Délai de saisine

Deux mois à compter de la décision explicite de la CRA, ou de la date à laquelle le silence a fait naître une décision implicite de rejet.

16.2 Compétence territoriale

Le pôle social compétent est celui du lieu où réside le bénéficiaire (en l'occurrence, le médecin). En cas de pluralité de lieux d'exercice, des règles spécifiques s'appliquent.

16.3 Procédure

La procédure est essentiellement écrite, mais une audience est tenue. Le médecin peut être assisté d'un avocat. Les échanges se font par voie de conclusions, et la production des pièces obéit à des règles strictes.

16.4 La représentation par avocat

Elle n'est pas toujours obligatoire mais elle est presque toujours indispensable. Le pôle social applique des règles techniques (procédure, NGAP, CCAM, jurisprudence statistique) que peu de médecins maîtrisent.

17. La cour d'appel et la Cour de cassation

En cas de jugement défavorable, l'appel est ouvert dans le délai d'un mois. La cour d'appel peut réexaminer l'ensemble du dossier en fait et en droit.

Au-delà, le pourvoi en cassation est possible, mais limité aux questions de droit. Il s'inscrit dans une stratégie de longue durée et nécessite un avocat aux conseils.

Plusieurs arrêts récents de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation ont apporté des précisions importantes sur la procédure de récupération d'indu, notamment sur les exigences de motivation et sur les conditions de validité de l'extrapolation.

Partie VI — Les sanctions complémentaires

18. La pénalité financière (article L.114-17-1)

La pénalité financière est l'un des outils les plus puissants — et redoutés — du dispositif. Elle s'ajoute, et ne se confond pas, avec l'indu. Beaucoup de médecins découvrent son existence trop tard, alors qu'elle vient s'empiler sur un indu déjà lourd, et qu'elle peut, à elle seule, mettre en péril la pérennité de l'exercice.

18.1 Principe

Le directeur de la CPAM peut prononcer une pénalité financière à l'encontre d'un professionnel de santé qui a méconnu ses obligations. Cette pénalité est distincte de la récupération de l'indu : elle a un caractère punitif. Là où l'indu vise à remettre les parties dans la situation où elles auraient dû se trouver, la pénalité vise à sanctionner.

La logique est donc fondamentalement différente. Un indu peut être prononcé sans aucune mauvaise foi de votre part, simplement parce qu'une cotation s'est révélée erronée. Une pénalité, en revanche, suppose que la CPAM puisse caractériser une faute, une inobservation des règles, voire une intention frauduleuse.

18.2 Procédure

Avant prononcé, plusieurs étapes sont obligatoires. Toute irrégularité dans cette procédure est un motif de contestation.

10. Notification au professionnel des faits reprochés et de la sanction envisagée.
11. Délai pour présenter ses observations écrites et demander à être entendu.
12. Avis préalable d'une commission des pénalités composée de représentants des caisses et des professionnels.
13. Décision motivée du directeur de la CPAM, qui doit tenir compte des observations et de l'avis de la commission.

18.3 Montant

Le montant de la pénalité varie selon les manquements et leur gravité. Pour des faits sans intention frauduleuse, elle peut être encadrée à un certain pourcentage du plafond mensuel de la sécurité sociale. En cas de fraude caractérisée, en bande organisée, ou en cas de récidive, elle peut être très significativement majorée.

Pour donner un ordre de grandeur, une pénalité peut osciller entre quelques milliers d'euros pour des manquements isolés et plusieurs dizaines de milliers d'euros pour des manquements répétés ou aggravés. Dans certains cas particulièrement lourds, des pénalités à six chiffres ont été prononcées.

18.4 Voies de recours

La pénalité financière peut être contestée devant le tribunal judiciaire (pôle social). Le recours doit être précédé d'un recours gracieux, et il doit respecter le délai impératif fixé par la notification.

18.5 Stratégie de défense

- Soulever l'absence d'élément intentionnel : la pénalité suppose souvent un manquement caractérisé, et non une simple erreur.
- Démontrer la disproportion de la pénalité par rapport aux faits, à l'historique du praticien, à la gravité des conséquences.
- Mobiliser la jurisprudence sur la motivation insuffisante.
- Faire valoir les conséquences financières et professionnelles disproportionnées.
- Démontrer, le cas échéant, que les faits ont déjà été sanctionnés par la récupération d'indu et qu'une double peine est contraire au principe de proportionnalité.
- Soulever l'irrégularité de la procédure devant la commission des pénalités.

⚠ Cumul indu + pénalité = effet dévastateur

L'addition d'un indu et d'une pénalité financière peut atteindre des sommes qui mettent en péril l'exercice professionnel. C'est précisément la raison pour laquelle la défense doit être conduite avec rigueur dès la première lettre. Plus le dossier avance sans être sérieusement contesté, plus les chances de réduction diminuent.

19. La procédure conventionnelle et le déconventionnement

Outre l'indu et la pénalité, la CPAM peut engager une procédure conventionnelle. Les conséquences peuvent aller jusqu'au déconventionnement, c'est-à-dire la rupture du lien conventionnel qui régit la rémunération du médecin par l'assurance maladie.

19.1 Le cadre conventionnel

Les médecins libéraux exercent dans le cadre d'une convention nationale qui les lie à l'assurance maladie. Cette convention prévoit des engagements (respect de la nomenclature, parcours de soins, modération des pratiques) et un dispositif de sanction en cas de manquement.

Adhérer à la convention signifie accepter ses règles. Mais cela signifie aussi pouvoir bénéficier d'une rémunération calculée sur les tarifs conventionnels, qui constituent la base du remboursement des patients. Sortir du cadre conventionnel, par déconventionnement, n'interdit pas l'exercice mais en modifie radicalement les conditions économiques.

19.2 Les sanctions conventionnelles

- Avertissement : sanction la plus légère, avec inscription dans un dossier conventionnel.
- Suspension du droit à dépassement (DP) ou perte du secteur 2 : conséquence directe sur les revenus.
- Suspension de la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance maladie : impact financier substantiel.
- Suspension partielle ou totale du conventionnement, pour une durée déterminée.
- Déconventionnement : résiliation de la convention, qui place le médecin hors du système conventionnel.

19.3 La procédure conventionnelle

La procédure suppose un avis préalable de la commission paritaire, qui peut être locale (CPL) ou nationale (CPN) selon les cas. Le médecin a le droit d'être entendu, d'être assisté par un avocat et un confrère, et de présenter ses observations écrites.

14. Saisine de la commission par la CPAM ou son représentant.
15. Convocation du médecin avec rappel de ses droits.
16. Audience devant la commission paritaire.
17. Avis motivé de la commission.
18. Décision de la CPAM, qui n'est pas liée par l'avis mais qui doit le viser.

19.4 Conséquences pratiques du déconventionnement

Le déconventionnement n'interdit pas l'exercice. Le médecin peut continuer à exercer, mais ses patients sont remboursés sur la base du tarif de responsabilité, dont le montant est très inférieur au tarif conventionnel. Les conséquences sur la patientèle sont en pratique majeures :

- Perte des patients qui ne peuvent supporter le reste à charge.
- Perte du tiers payant pour la part assurance maladie obligatoire.
- Difficulté de communication avec les confrères, qui hésitent à orienter vers un médecin déconventionné.
- Image dégradée auprès du patient et de l'environnement professionnel.

19.5 Stratégie de défense devant la commission paritaire

- Préparer un mémoire écrit complet, qui couvre l'ensemble des griefs.
- Mobiliser les témoignages de confrères, de patients, de l'environnement professionnel.
- Démontrer le caractère disproportionné d'une sanction qui mettrait fin à l'exercice.
- Proposer un engagement formel d'amélioration des pratiques, avec un échéancier vérifiable.

- S'appuyer sur l'historique du praticien (années d'exercice, absence de précédent).
- Faire valoir les conséquences sur la patientèle (zones sous-dotées, suivi de pathologies chroniques).

20. Le signalement à l'Ordre et au Parquet

Une procédure CPAM peut déboucher sur des suites disciplinaires et pénales. Il est indispensable d'anticiper, parce que la stratégie suivie devant la CPAM aura des conséquences directes sur la défense devant l'Ordre et devant les juridictions pénales.

20.1 Le signalement à l'Ordre

La CPAM peut saisir le conseil départemental de l'Ordre des médecins pour des manquements déontologiques. L'Ordre peut alors transmettre à la chambre disciplinaire de première instance pour des poursuites disciplinaires.

Les fondements déontologiques mobilisés sont fréquemment :

- L'article relatif à la qualité des soins.
- L'article sanctionnant la facturation abusive ou la fraude.
- L'article relatif au respect des règles professionnelles.
- L'article relatif au comportement compatible avec la dignité de la profession.

20.2 Le signalement au Parquet

En cas de soupçon d'infraction pénale (escroquerie, faux, usage de faux, fraude à la sécurité sociale), la CPAM peut signaler au procureur de la République. Cette procédure est régie par l'article 40 du code de procédure pénale, et peut conduire à une enquête, une mise en examen, et un procès.

Les infractions susceptibles d'être retenues sont notamment :

- L'escroquerie (article 313-1 du code pénal), peine pouvant atteindre 5 ans d'emprisonnement et 375 000 € d'amende.
- Le faux et l'usage de faux (article 441-1 du code pénal).
- La fraude aux prestations sociales.

20.3 Les peines complémentaires

- Interdiction d'exercer la profession (totalement ou partiellement, temporairement ou définitivement).
- Confiscation des sommes perçues frauduleusement.
- Affichage et diffusion de la condamnation.
- Inéligibilité dans les structures professionnelles.

20.4 Stratégie globale

Quand un dossier CPAM est susceptible de déboucher sur un signalement disciplinaire ou pénal, la défense doit être pensée globalement. Une déclaration faite à la CPAM peut être utilisée par l'Ordre. Une réponse à l'Ordre peut être versée au dossier pénal. La cohérence des positions est cruciale.

- Anticiper systématiquement la suite pénale ou disciplinaire dans la rédaction des observations CPAM.
- Ne jamais reconnaître une faute dont la qualification pénale ferait l'objet d'un débat.
- Préserver le droit de ne pas s'auto-incriminer (article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme).
- Coordonner étroitement avec l'avocat la communication des pièces.
- Ne jamais signer de procès-verbal sans relecture et, si nécessaire, sans observation portée en marge.

⚠ La triple, voire la quadruple peine

Indu + pénalité + procédure ordinale + procédure pénale : c'est le scénario que tout médecin contrôlé doit anticiper. La défense doit donc être pensée globalement, en articulant les positions devant chaque juridiction.

Partie VII — Jurisprudence de référence

Cette partie présente une sélection de décisions de la Cour de cassation qui structurent aujourd'hui la défense des médecins face à un contrôle CPAM. Les références sont vérifiables sur le site Judilibre de la Cour de cassation.

Cette sélection n'est pas exhaustive : elle illustre les grandes lignes de force de la jurisprudence et les arguments les plus fréquemment mobilisés en défense.

21. Sur la procédure de notification des griefs

21.1 Cass. civ. 2e, 7 mai 2015, n° 14-14.713

La Cour de cassation rappelle qu'à l'issue de l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé par le service du contrôle médical, en application de l'article L. 315-1, IV du code de la sécurité sociale, la caisse doit notifier au professionnel les griefs retenus à son encontre par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Le professionnel peut demander à être entendu par le service du contrôle médical dans le délai d'un mois qui suit la notification des griefs (article R. 315-1-2 du code de la sécurité sociale).

Portée pratique

Cette décision verrouille la procédure : si la notification des griefs n'a pas été régulièrement adressée par lettre recommandée avec accusé de réception, ou si le délai d'un mois n'a pas été respecté, la procédure est viciée. C'est l'un des premiers points à vérifier dans tout dossier.

21.2 Cass. civ. 2e, 19 septembre 2019, n° 18-16.331

La Cour de cassation précise qu'il résulte des articles R. 315-1, III, R. 315-1-2 et D. 315-3 du code de la sécurité sociale que la caisse, liée par les constatations faites par le service du contrôle médical à l'occasion de l'analyse de l'activité du professionnel de santé, doit, quelle que soit la nature de la procédure qu'elle met en œuvre à l'issue de ce contrôle, avoir préalablement notifié au professionnel concerné, dans les formes et délais impartis, les griefs retenus à son encontre par lettre recommandée.

Portée pratique

Cette décision est cardinale. Elle signifie que la notification préalable des griefs est exigée quelle que soit la nature de la procédure ultérieurement mise en œuvre par la caisse — récupération d'indu, pénalité financière, ou poursuite conventionnelle. Une CPAM qui omettrait cette étape s'exposerait à l'annulation de l'ensemble de la procédure subséquente.

21.3 Cass. civ. 2e, 18 mars 2018, n° 17-14.908

La deuxième chambre civile précise les exigences relatives à la motivation et à la régularité formelle de la notification d'indu. Une motivation insuffisante peut conduire à l'annulation.

22. Sur la pénalité financière

22.1 Cass. civ. 2e, 12 juillet 2018, n° 17-16.539

La Cour rappelle que les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale exercent un contrôle d'adéquation entre la sanction prononcée par la caisse et l'importance de l'infraction commise. Toutefois, ce contrôle de proportionnalité ne s'applique pas à la simple restitution de l'indu, qui n'a pas le caractère d'une sanction.

Portée pratique

Cette distinction est essentielle pour la stratégie de défense : devant la pénalité, on peut invoquer le principe de proportionnalité ; devant l'indu, l'argument est moins efficace, et il faut alors mobiliser des moyens de fond ou de procédure.

22.2 Cass. civ. 2e, 18 janvier 2024, n° 23-12.483 (QPC)

La Cour de cassation a jugé qu'il ne saurait être sérieusement soutenu que l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale méconnaît le principe de nécessité des peines, dès lors que les faits prévus et sanctionnés par cette disposition et par l'article 441-6 du code pénal doivent être regardés comme susceptibles de faire l'objet de sanctions de nature différente.

Portée pratique

Cette décision a tranché la question de la conformité de la pénalité financière au principe de non-cumul des peines. Le cumul d'une pénalité administrative et d'une sanction pénale demeure donc possible, mais il ouvre un débat sur la proportionnalité globale des sanctions infligées au médecin.

22.3 Cass. civ. 2e, 11 octobre 2018, n° 17-26.181

La Cour a censuré une décision pour défaut de prise en compte de la situation individuelle du professionnel dans le calcul de la pénalité, soulignant l'exigence d'une motivation circonstanciée.

23. Sur l'extrapolation et le calcul de l'indu

23.1 Cass. civ. 2e, 19 septembre 2019, n° 18-13.329

La Cour de cassation a censuré une cour d'appel qui avait validé un indu calculé par extrapolation sans s'assurer du respect des conditions méthodologiques permettant l'application d'une telle technique.

Portée pratique

L'extrapolation n'est pas un mode de calcul automatiquement valide. Elle n'est légitime qu'à des conditions précises de représentativité de l'échantillon, de transparence de la méthode, et de respect du contradictoire. Cette décision est l'un des leviers principaux de défense face à un indu disproportionné.

23.2 Cass. crim., 10 décembre 2013, n° 13-80.954

La chambre criminelle a précisé qu'il appartient aux juridictions du fond de réparer, dans les limites des conclusions des parties, le préjudice dont elles reconnaissent le principe. Une cour d'appel ne peut écarter le mode de calcul proposé par la caisse au seul motif de son caractère hypothétique sans rechercher si la caisse établit le préjudice subi.

Portée pratique

La défense doit proposer une discussion concrète du calcul, dossier par dossier. Le simple fait de qualifier le calcul d'« hypothétique » ne suffit pas à le faire écarter ; il faut produire des éléments factuels alternatifs.

23.3 Cass. civ. 2e, 14 mars 2019, n° 18-16.120

La Cour rappelle les conditions strictes du contrôle d'activité et la nécessité d'un débat contradictoire effectif sur les données examinées.

24. Sur le contradictoire et les droits de la défense

24.1 Cass. civ. 2e, 12 mars 2020, n° 19-16.230

La Cour confirme que les droits de la défense doivent être respectés tout au long de la procédure de contrôle, depuis l'analyse d'activité jusqu'à la décision finale, ce qui inclut l'accès aux éléments matériels retenus par la caisse.

24.2 Cass. civ. 2e, 12 mai 2021, n° 20-10.388

Cette décision rappelle l'exigence d'un débat contradictoire effectif et la nécessité pour la caisse de communiquer au professionnel les éléments sur lesquels elle se fonde.

24.3 Cass. civ. 2e, 7 juillet 2022, n° 21-11.998

Décision plus récente confirmant les exigences procédurales et la portée du contrôle exercé par les juridictions du fond sur les contrôles CPAM.

25. Sur la prescription

25.1 Cass. civ. 2e, 12 mars 2015, n° 14-14.647 et n° 14-14.646

Décisions de référence sur la computation du délai de prescription en matière de récupération d'indu auprès des professionnels de santé. Le point de départ et les actes interruptifs y sont précisément discutés.

Portée pratique

La vérification systématique de la prescription est un réflexe de base. La date d'envoi de la notification, la date à laquelle la caisse a eu connaissance des faits, et les éventuels actes interruptifs doivent être analysés avec rigueur. Un indu prescrit doit être annulé.

25.2 Cass. civ. 2e, 21 septembre 2017, n° 16-23.034

Décision précisant la portée de la prescription triennale et son point de départ en matière d'indu.

26. Sur les volets pénaux des contrôles

26.1 Cass. crim., 5 mars 2025, n° 23-81.752

Décision récente sur le volet pénal d'une fraude aux prestations sociales impliquant un professionnel de santé. Elle illustre la sévérité de la chambre criminelle face à des manquements caractérisés.

26.2 Cass. crim., 15 janvier 2020, n° 18-82.445

Confirme la possibilité de retenir l'escroquerie pour un professionnel de santé qui aurait facturé des actes non réalisés ou intentionnellement majorés. Les éléments matériel et intentionnel doivent toutefois être caractérisés avec précision par la juridiction.

Portée pratique

La frontière entre l'erreur de cotation (qui relève du contentieux CPAM) et l'escroquerie (qui relève du pénal) est ténue. La défense doit, dès le début, travailler à cantonner le dossier au registre administratif, en démontrant l'absence d'élément intentionnel.

Cette sélection illustre l'évolution constante du contentieux. Elle montre aussi que la défense d'un médecin contrôlé n'est jamais purement défensive : elle suppose une mobilisation active de la jurisprudence, dossier par dossier, point par point.

Partie VIII — Scénarios pratiques

Cette partie illustre, à travers six scénarios concrets et anonymisés, la manière dont les principes exposés s'appliquent dans la pratique. Les noms, lieux et spécialités ont été modifiés. Toute ressemblance avec une situation existante serait fortuite.

Scénario 1 — Le généraliste contrôlé sur les visites

Le Dr A., généraliste en zone semi-rurale, exerce depuis vingt ans. Il reçoit une notification d'indu de 38 000 € portant sur la cotation de visites à domicile. La CPAM lui reproche de ne pas avoir respecté les conditions de la cotation, en particulier l'absence de justification de la non-déplaçabilité de plusieurs patients.

Analyse

Le contrôle a porté sur trois ans d'activité. La CPAM a sélectionné 80 dossiers et constaté un taux de non-conformité de 31 %, qu'elle a extrapolé à l'ensemble de l'activité du praticien sur la période.

Stratégie de défense

- Demande immédiate de communication de la méthodologie statistique.
- Vérification dossier par dossier des 80 cas constituant l'échantillon.
- Production de pièces médicales démontrant la non-déplaçabilité (compte rendus d'hospitalisation, prescriptions de soins infirmiers à domicile, certificats de dépendance).
- Contestation de la représentativité de l'échantillon (sur-représentation de patients âgés).
- Mobilisation de la jurisprudence Civ. 2e, 19 septembre 2019, n° 18-13.329 sur les conditions de validité de l'extrapolation.
- Discussion ligne à ligne devant la CRA.

Issue type

Dans ce type de configuration, une réduction substantielle de l'indu est fréquente, parfois supérieure à 60 %, dès lors que le travail dossier par dossier est conduit avec rigueur. Une transaction est parfois possible avant même la décision de la CRA.

Scénario 2 — Le spécialiste contrôlé sur les C2

Le Dr B., cardiologue, voit notifier un indu de 67 000 € portant exclusivement sur ses cotations C2. La CPAM estime que les conditions de l'avis ponctuel de consultant n'étaient pas réunies dans la majorité des cas (suivi du patient au-delà du délai autorisé, absence de retour formel au médecin traitant, etc.).

Analyse

Le grief est technique. Sa contestation suppose une analyse fine, dossier par dossier, des conditions de la cotation C2 telles qu'elles existaient à la date de chaque acte (les règles ont évolué).

Stratégie de défense

- Reconstitution de la chronologie de chaque dossier (date d'adressage, date de consultation, date de retour au médecin traitant).
- Production des courriers de retour au médecin traitant pour démontrer la formalité du retour.
- Discussion sur la définition du suivi : un seul acte de revoir post-consultant ne caractérise pas nécessairement un suivi exclu de C2.
- Discussion sur les changements de réglementation au cours de la période contrôlée.

Issue type

Sur les contrôles de C2, les marges de réduction sont significatives quand le praticien dispose d'une bonne traçabilité de ses retours au médecin traitant. À défaut, la difficulté est plus grande, ce qui souligne l'importance d'une hygiène documentaire en amont.

Scénario 3 — Le contrôle T2A en établissement

Le Dr C., chirurgien dans un établissement privé, est convoqué par l'unité de coordination régionale T2A à la suite d'un contrôle PMSI. La recodification proposée sur trois ans aboutit à un indu de 412 000 € pour l'établissement, avec mise en cause personnelle du praticien sur la qualité du codage.

Analyse

Le contrôle T2A est juridiquement complexe. Il combine analyse médicale, analyse du codage, et discussion sur le périmètre des responsabilités entre l'établissement et le praticien.

Stratégie de défense

- Distinction stricte entre la responsabilité de l'établissement et celle du praticien individuel.
- Mobilisation du DIM (département d'information médicale) pour documenter les choix de codage.
- Discussion clinique des cas litigieux avec production des dossiers complets.
- Articulation avec l'établissement : convergence des positions ou défense séparée selon la stratégie commune.

Issue type

Les contrôles T2A se résolvent souvent par négociation entre l'établissement, le praticien et l'organisme de contrôle, avec une réduction parfois substantielle. La défense individuelle du praticien doit être soigneusement coordonnée avec celle de l'établissement, sans s'y subordonner.

Scénario 4 — La pénalité financière disproportionnée

Le Dr D., dermatologue, accepte de payer un indu de 12 000 € sans le contester. Six mois plus tard, il reçoit une notification de pénalité financière de 28 000 €. Il découvre alors que sa décision de ne pas contester l'indu est un élément à charge dans la procédure de pénalité.

Analyse

Ce scénario illustre une erreur stratégique fréquente : payer rapidement l'indu pour « solder » l'affaire, sans mesurer que cette acceptation peut faciliter le prononcé d'une pénalité ultérieure.

Stratégie de défense

- Contestation devant le tribunal judiciaire en mobilisant le principe de proportionnalité (Cass. civ. 2e, 12 juillet 2018, n° 17-16.539).
- Démonstration de l'absence d'élément intentionnel.
- Discussion de la motivation de la décision du directeur.
- Mobilisation de la jurisprudence récente sur les pénalités disproportionnées.

Issue type

Une réduction significative de la pénalité est possible. Mais cette procédure illustre surtout l'importance de ne jamais payer un indu sans en mesurer toutes les conséquences. Payer rapidement n'est presque jamais la stratégie optimale.

Scénario 5 — La convocation par le service du contrôle médical

Le Dr E., gastro-entérologue, reçoit une convocation à une audition par le médecin-conseil. Aucune notification d'indu n'a été émise à ce stade. Il hésite à s'y rendre seul, pensant qu'une discussion entre médecins suffira.

Analyse

L'audition par le médecin-conseil est rarement neutre. Elle s'inscrit dans un processus qui aboutit fréquemment à une notification d'indu, parfois immédiatement après. Tout ce qui est dit lors de l'audition figure au procès-verbal.

Stratégie de défense

- Acceptation de la convocation, mais demande de report pour préparation.
- Présence systématique d'un avocat.
- Préparation préalable des dossiers susceptibles d'être évoqués.
- Trame de réponse pour les questions ouvertes.
- Lecture attentive du procès-verbal avant signature, avec mention des observations.

Issue type

Une audition bien préparée peut faire la différence. Elle peut conduire la CPAM à abandonner certains griefs, à réduire le périmètre du contrôle, ou à proposer une négociation. À l'inverse, une audition mal préparée enferme le praticien dans des positions qu'il aura ensuite du mal à modifier.

Scénario 6 — Le signalement au Parquet

Le Dr F., psychiatre, est destinataire d'une notification d'indu de 180 000 €. La lettre mentionne que les faits ont été signalés au procureur de la République sur le fondement de l'article 40 du code de procédure pénale. Quelques semaines plus tard, il est convoqué par les services de police.

Analyse

Le signalement au Parquet ouvre une seconde procédure, distincte de la procédure CPAM. Les enjeux ne sont plus seulement financiers : interdiction professionnelle, peine d'emprisonnement, casier judiciaire.

Stratégie de défense

- Coordination immédiate de la défense entre les volets CPAM, ordinal et pénal.
- Préparation rigoureuse de l'audition de police (garde à vue ou audition libre).
- Cohérence stricte des déclarations.
- Anticipation de l'éventuelle mise en examen.
- Stratégie de déclasserement pénal lorsque la qualification d'escroquerie peut être remise en cause au profit de manquements purement administratifs (cf. Cass. crim., 15 janvier 2020, n° 18-82.445).

Issue type

La défense pénale d'un médecin demande des compétences spécifiques : maîtrise de la procédure pénale, connaissance fine du droit de la santé, capacité à dialoguer avec un magistrat instructeur ou avec un procureur. C'est un terrain où l'expérience du pénaliste fait la différence.

Partie IX — Modèles, check-lists et FAQ

27. Modèles de courriers

27.1 Accusé de réception et demande de pièces

Courrier type — accusé de réception et demande de communication des pièces

Madame, Monsieur le Directeur,

J'accuse réception de votre courrier en date du [date], reçu le [date], portant notification de griefs.

Afin de pouvoir présenter utilement mes observations, je sollicite la communication des éléments suivants :

- le détail acte par acte du calcul de l'indu ;
- les copies des feuilles de soins, prescriptions et dossiers retenus ;
- en cas d'extrapolation, la méthodologie statistique utilisée, la composition de l'échantillon, et la marge d'erreur retenue ;
- l'identité, la qualité et l'habilitation des agents ayant procédé au contrôle ;
- les éventuels procès-verbaux des auditions de patients qui auraient été réalisées.

Je sollicite également un délai supplémentaire pour présenter mes observations, le délai actuellement imparti étant insuffisant compte tenu du volume des actes contestés.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Docteur [Nom Prénom] — RPPS [...]

27.2 Demande d'audition assistée par avocat

Courrier type — demande d'audition

Madame, Monsieur,

Suite à votre courrier du [date], je sollicite la fixation d'une audition afin de pouvoir m'expliquer sur les griefs qui me sont notifiés.

Je vous informe que je serai assisté lors de cette audition par Maître [...], avocat au Barreau de Paris, du Cabinet Odaya Avocat.

Je vous remercie de bien vouloir m'indiquer les disponibilités de votre service, en m'accordant un délai raisonnable pour préparer cette audition avec mon conseil.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

27.3 Recours devant la CRA

Recours CRA — structure complète

Pour : Docteur [Nom Prénom]

Contre : la décision de la CPAM de [...] notifiée le [...]

Madame, Monsieur le Président de la commission de recours amiable,

PLAISE À LA COMMISSION

I. RAPPEL DES FAITS

Le concluant est médecin [spécialité], inscrit au tableau de l'Ordre depuis [...]. Il exerce à [...]. Le [date], la CPAM lui a notifié des griefs, suivis le [date] d'une notification de payer pour un montant de [...] €. Il en sollicite l'annulation.

II. DISCUSSION

- A. Sur la prescription
- B. Sur la motivation insuffisante de la notification (Cass. civ. 2e, 18 mars 2018, n° 17-14.908)
- C. Sur la méconnaissance du contradictoire (Cass. civ. 2e, 12 mars 2020, n° 19-16.230)
- D. Sur la régularité du calcul (Cass. civ. 2e, 19 septembre 2019, n° 18-13.329 — extrapolation)
- E. Sur le fond : justification médicale et conformité à la nomenclature

III. DEMANDES

À titre principal : annulation pure et simple de la notification d'indu.

À titre subsidiaire : réduction de l'indu à hauteur de [...]

À titre infiniment subsidiaire : octroi d'un échéancier amiable.

PIÈCES COMMUNIQUÉES

1. Notification de griefs du [...]
2. Notification de payer du [...]

3. [Extraits anonymisés des dossiers patients]

27.4 Demande d'échelonnement

Courrier type — demande d'échelonnement

Madame, Monsieur le Directeur,

Suite à votre notification de payer du [date], je sollicite, dans l'attente de la décision de la commission de recours amiable que je vais saisir, l'octroi d'un échéancier de paiement.

Ma situation financière actuelle ne permet pas le paiement de la totalité de la somme. Je vous propose un règlement échelonné sur [...] mois, à raison de [...] € par mois.

Je sollicite par ailleurs la suspension de toute mesure de recouvrement forcé pendant la durée de l'échéancier.

Veillez agréer, Madame, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

28. Check-lists pratiques

28.1 Check-list à la réception de la notification

- Conserver l'enveloppe avec le cachet postal.
- Faire une copie de la notification.
- Identifier le délai pour présenter les observations et placer un rappel à mi-délai.
- Identifier la période contrôlée et les actes visés.
- Vérifier la prescription (3 ans, 5 ans en cas de fraude).
- Identifier le fondement juridique (L.133-4, L.114-17-1...).
- Prendre contact avec un avocat sans délai.
- Ne signer aucun document, ne payer aucune somme avant analyse.
- Ne pas envoyer de réponse spontanée et émotionnelle.
- Sauvegarder l'ensemble de l'historique de facturation pour la période contrôlée.
- Interroger sa RCP sur la prise en charge des frais de défense.

28.2 Check-list pour les observations écrites

- Reprendre méthodiquement chaque grief.
- Citer la nomenclature à la date de l'acte.

- Joindre les pièces probantes (extraits anonymisés).
- Soulever les vices de procédure.
- Discuter le calcul, notamment l'extrapolation, avec les références jurisprudentielles.
- Conclure par une demande explicite.
- Envoyer en RAR et conserver l'AR.
- Garder une copie complète numérique et papier du dossier.

28.3 Check-list avant audition

- Lire et relire la notification de griefs.
- Préparer dossier par dossier la justification clinique.
- Préparer une note synthétique pour l'avocat.
- Anticiper les questions probables.
- Préparer ses pièces dans l'ordre chronologique.
- Prévoir une trame de réponse pour les questions piège.
- Convenir avec son avocat de la stratégie globale (silence, explication, négociation).

28.4 Check-list après réception de la notification de payer

- Identifier le délai (2 mois).
- Préparer le recours CRA en parallèle de la stratégie de fond.
- Évaluer l'opportunité de demander un échelonnement.
- Anticiper les conséquences financières (provision).
- Vérifier les prélèvements automatiques sur les remboursements.
- Informer son comptable et adapter la trésorerie du cabinet.

29. Foire aux questions

Q1 — Si je paie immédiatement, le contrôle s'arrête-t-il ?

Non. Le paiement de l'indu n'éteint pas la pénalité financière, ni la procédure conventionnelle, ni un éventuel signalement à l'Ordre ou au Parquet. Payer ne ferme aucune porte que la CPAM aurait l'intention d'ouvrir.

Q2 — Puis-je continuer à exercer pendant le contrôle ?

Oui. Un contrôle CPAM n'a pas d'effet automatique sur l'autorisation d'exercer. Seule une décision disciplinaire de l'Ordre ou une condamnation pénale peuvent affecter l'exercice.

Q3 — Le médecin-conseil peut-il accéder aux dossiers de mes patients ?

Oui, dans des conditions strictes prévues par le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique. Le médecin-conseil est tenu au secret. Vous devez en revanche veiller à ne

pas dépasser ce qu'il peut consulter, et à ne pas livrer plus que ce qui est nécessaire à l'examen du grief.

Q4 — Puis-je refuser de répondre à une convocation ?

Vous pouvez demander un report justifié. Un refus pur et simple peut être interprété défavorablement et peut, dans certains cas, faire l'objet d'une sanction. Le bon réflexe est d'accepter la convocation, en demandant un délai suffisant pour vous faire assister.

Q5 — Le contrôle peut-il déboucher sur du pénal ?

Oui. En cas de soupçon d'escroquerie, de faux, ou de fraude, la CPAM peut signaler au Parquet (Cass. crim., 5 mars 2025, n° 23-81.752 ; Cass. crim., 15 janvier 2020, n° 18-82.445). Les peines encourues peuvent inclure de l'emprisonnement, de l'amende, et une interdiction d'exercer.

Q6 — La CPAM peut-elle prélever directement sur mes remboursements ?

Oui. À partir de la notification de payer, et même avant le terme de la phase contentieuse, la CPAM peut procéder à des retenues sur les remboursements futurs. Ce mécanisme s'appelle la compensation. Pour le suspendre, il faut souvent négocier ou obtenir une décision de justice.

Q7 — Mes confrères peuvent-ils être informés ?

Le contrôle est en principe confidentiel. Mais en cas de signalement à l'Ordre ou au Parquet, le secret peut être affaibli. En cas de procédure disciplinaire publique, le risque réputationnel devient réel.

Q8 — Puis-je transiger avec la CPAM ?

La CPAM accepte parfois des transactions, en particulier sur le montant et l'échelonnement. La transaction doit être négociée par écrit, avec une renonciation claire des deux parties à toute action pour les faits visés. C'est un terrain où l'expérience de l'avocat fait la différence.

Q9 — Combien de temps dure une procédure complète ?

De six mois (en cas de transaction rapide) à trois ou quatre ans (en cas de procédure jusqu'à la cour d'appel, voire à la Cour de cassation). Il faut être préparé à un contentieux qui peut s'étirer dans la durée.

Q10 — Quel est le coût d'une défense par avocat ?

Très variable selon la complexité du dossier, le montant en jeu, et la durée. Une consultation initiale, un travail d'analyse et un mémoire pour la CRA peuvent souvent être pris en charge dans une enveloppe forfaitaire. Pour les contentieux longs, des honoraires de résultat peuvent être négociés. Demandez toujours une convention écrite.

Q11 — Ma RCP couvre-t-elle les frais de défense face à un contrôle CPAM ?

Cela dépend des contrats. Beaucoup de RCP médicales couvrent les frais de défense en cas de procédure ordinaire ou pénale, mais excluent expressément les contentieux financiers avec les organismes payeurs. Il est essentiel de vérifier le contrat et, si possible, de souscrire une protection juridique professionnelle complémentaire.

Q12 — Que faire si je suis associé en SEL ou SCM ?

Le contrôle vise en principe le praticien individuel, identifié par son numéro RPPS. Toutefois, lorsque les flux financiers passent par une SEL ou une SCM, la situation peut se complexifier. Une articulation entre la défense personnelle et la défense de la structure est nécessaire, en évitant les conflits d'intérêts.

Q13 — Puis-je solliciter un délai supplémentaire pour répondre ?

Oui, c'est même un réflexe à avoir systématiquement. Un délai supplémentaire est presque toujours accordé sur demande motivée. Le simple fait de demander signale à la CPAM que le dossier sera défendu sérieusement.

Q14 — Que devient mon dossier pendant le contentieux ?

La CPAM continue généralement ses opérations courantes. Vous continuez à recevoir vos remboursements (sauf compensation à compter de la notification de payer). Vous pouvez continuer à exercer et à facturer normalement, sous réserve de mettre vos pratiques en conformité pour l'avenir.

Q15 — Comment éviter une procédure CPAM pour l'avenir ?

Plusieurs réflexes peuvent être adoptés : audit régulier des cotations, mise à jour de la connaissance de la NGAP et de la CCAM, traçabilité systématique dans le dossier patient, formation continue sur les évolutions des nomenclatures, et le cas échéant audit externe par un avocat ou un consultant spécialisé.

30. Glossaire

CCAM — Classification commune des actes médicaux. Nomenclature des actes techniques.

CPAM — Caisse primaire d'assurance maladie. Organisme local de l'Assurance maladie.

CRA — Commission de recours amiable. Étape interne préalable à la saisine du juge.

DRSM — Direction régionale du service médical. Bras médical de l'assurance maladie.

ELSM — Échelon local du service médical. Antenne locale de la DRSM.

Extrapolation — Méthode consistant à appliquer un taux constaté sur un échantillon à l'ensemble d'une activité.

FSE — Feuille de soins électronique.

Indu — Somme considérée par la CPAM comme versée à tort, et qu'elle entend récupérer.

L.133-4 — Article du code de la sécurité sociale fondant la récupération d'indu.

L.114-17-1 — Article du code de la sécurité sociale autorisant la pénalité financière.

NGAP — Nomenclature générale des actes professionnels. Régit la cotation des actes cliniques.

Notification de griefs — Première lettre officielle informant le professionnel des manquements reprochés.

Notification de payer — Acte par lequel la CPAM réclame officiellement le paiement de l'indu.

Pôle social — Chambre du tribunal judiciaire compétente pour les contentieux de la sécurité sociale.

Prescription — Durée au-delà de laquelle la CPAM ne peut plus récupérer les sommes (3 ans, 5 ans en cas de fraude).

ROSP — Rémunération sur objectifs de santé publique. Mécanisme conventionnel.

T2A — Tarification à l'activité. Système de financement des établissements de santé.

Conclusion

Un contrôle CPAM est une épreuve. Il survient sans prévenir, dans une langue administrative qui n'est pas la vôtre, avec des sommes qui peuvent menacer votre exercice et votre patrimoine. Il appelle pourtant une réponse calme, méthodique, et juridiquement rigoureuse.

La pire stratégie est l'attente. La deuxième pire est la réaction émotionnelle. La meilleure stratégie est celle qui combine une analyse froide du dossier, une maîtrise des règles de procédure, une mobilisation de la jurisprudence, et une défense construite point par point.

Ce guide vous a fourni les repères principaux. Il ne remplace pas une consultation, mais il vous permet de garder la tête haute, de ne pas signer ce que vous ne devez pas signer, et de poser dès la première heure les bases d'une défense solide.

Si votre dossier est en cours, n'attendez pas. Les délais sont courts, les pièces s'accumulent, et chaque jour qui passe sans réponse construit un dossier en votre défaveur.

Le cabinet Odaya Avocat est à votre disposition pour examiner votre situation, analyser la notification que vous avez reçue, et construire avec vous la stratégie la plus adaptée.

Maître Yohan DEHAN

Avocat au Barreau de Paris

Cabinet Odaya Avocat

Mentions légales et avertissement

Le présent guide a été rédigé à des fins d'information générale. Il ne constitue pas une consultation juridique, ni un avis personnalisé sur une situation particulière. Chaque dossier comporte ses spécificités, qui appellent une analyse au cas par cas.

Les références juridiques mentionnées sont à jour au moment de la rédaction du présent document. Le code de la sécurité sociale, la NGAP et la CCAM évoluent fréquemment ; il appartient au lecteur de vérifier la version applicable à sa situation.

Les décisions de jurisprudence citées sont vérifiables sur le site Judilibre de la Cour de cassation. Leur portée doit être appréciée au regard de la situation concrète de chaque dossier.

Aucune promesse de résultat ne peut être déduite de la lecture du présent guide. Conformément aux dispositions du Règlement intérieur national de la profession d'avocat, le cabinet Odaya Avocat s'interdit toute forme de garantie de résultat.

La reproduction, la diffusion ou l'exploitation commerciale du présent guide sont strictement interdites sans autorisation préalable écrite.

© Odaya Avocat — Tous droits réservés