

Décète :

Article 1^{er}

Au chapitre préliminaire du titre I du livre I^{er} de la première partie du code de la santé publique, il est ajouté une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4

« Refus de soins illégitimes

« *Art. R. 1110-8.* – Les refus de soins illégitimes peuvent se manifester au travers de différentes pratiques discriminatoires, notamment les pratiques suivantes :

« 1° Les pratiques engendrant des difficultés d'accès au professionnel de santé, telles que l'orientation répétée ou abusive sans justification médicale vers un autre professionnel, centre ou établissement de santé, ainsi que la fixation d'un délai de rendez-vous manifestement excessif au regard des délais habituellement pratiqués par le professionnel ;

« 2° Les pratiques engendrant des difficultés financières d'accès aux soins, notamment le fait de ne pas respecter les tarifs opposables pour les bénéficiaires de protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, les limitations d'honoraires ou les plafonds tarifaires, ou encore le refus d'appliquer le tiers payant ou d'élaborer un devis dans les situations où ils sont prévus par la loi ou la voie conventionnelle ;

« 3° Les pratiques conduisant à un traitement différencié du patient, pour l'un des motifs visés au deuxième alinéa de l'article L 1110-3 du présent code. »

« *Art. R. 1110-9* - La commission mixte de conciliation mentionnée à l'article L. 1110-3 est composée :

« 1° De deux représentants de l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort du tableau de l'ordre professionnel auquel le praticien est inscrit à date de la saisine de la commission;

« 2° De deux membres représentant le conseil de l'ordre départemental, régional, interrégional, ou central concernant l'ordre des pharmaciens, au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit à la date de la saisine de la commission, désignés par le président dudit conseil.

«

« Un ou deux suppléants des membres nommés sont désignés dans les mêmes conditions que ceux-ci.

« Les membres de la commission ainsi que les personnes en assurant le secrétariat sont soumis au secret.

« Ils ne peuvent siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée.

« La commission peut siéger si au moins un membre de chaque autorité est présent, à condition que la parité soit respectée entre les représentants de l'organisme local d'assurance maladie et les représentants du conseil de l'ordre.

« La commission peut recourir à des experts, extérieurs aux membres de la commission. Ils sont alors soumis au secret.

« L'autorité récipiendaire de la plainte accueille la commission et en assure le secrétariat.

« *Art. R. 1110-10 – I.* La personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel dont relève le professionnel de santé mis en cause à la date des faits. La saisine doit mentionner l'identité et les coordonnées de la personne à l'origine de la plainte, les éléments permettant d'identifier le professionnel de santé mis en cause et décrire les faits reprochés. Elle est adressée par voie dématérialisée ou postale, ou remise en mains propres. Cette saisine vaut dépôt de plainte.

« Toute association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité, ou association agréée au sens de l'article L. 1114-1, peut effectuer cette saisine en lieu et place de la personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime si celle-ci lui en donne mandat exprès. »

« Sous huit jours, l'autorité recevant la plainte en accuse réception auprès de son auteur, et la transmet à l'autorité qui n'en a pas été destinataire ainsi qu'au professionnel de santé mis en cause en mentionnant la date d'enregistrement. Dans un délai d'un mois à compter de cette date, l'autorité récipiendaire peut convoquer le professionnel. Le cas échéant, un relevé de l'audition est établi par l'autorité et transmis à la commission de conciliation.

« Le secrétariat de la commission prévue à l'article R. 1110-9 convoque les parties au litige pour procéder à leur audition à l'occasion d'une séance de conciliation qui doit être organisée dans les trois mois suivant la date d'enregistrement de la plainte. La convocation est faite par tout moyen permettant d'apporter la preuve de la date de sa réception et dans un délai de quinze jours au moins avant la date prévue pour la séance de conciliation. Le secrétariat s'assure de l'accessibilité des informations et de l'audition aux personnes en situation de handicap.

« Lors de cette séance, la personne à l'origine de la plainte peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix, une association de défense des droits des usagers du système de santé ou des personnes en situation de précarité ou une association agréée au sens de l'article L. 1114-1. Le professionnel peut se faire assister ou représenter par la personne de son choix. Si le patient ou le professionnel se font représenter, un mandat est établi et remis à la commission.

« En cas d'impossibilité d'assister ou de se faire représenter à cette conciliation, la personne à l'origine de la plainte ou le professionnel de santé adresse ses observations par écrit au secrétariat de la commission, en précisant les raisons de son empêchement.

« A l'issue de la séance, la commission peut constater la conciliation, mettant alors fin au litige, ou l'absence de conciliation.

« L'absence de conciliation est constatée lorsque le plaignant ne retire pas sa plainte ou lorsque les parties n'ont pas répondu à la convocation.

« Le secrétariat de la commission établit un relevé de la séance, signé en séance par les parties ou leurs représentants et les membres de la commission. En cas de non conciliation, ce document fait notamment apparaître les points de désaccord qui subsistent. Il est remis ou adressé à chacune des parties et transmis au directeur de l'organisme local et au président du conseil de l'ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit, dans un délai de huit jours à compter de la séance de conciliation.

« En cas de non conciliation, le président du conseil susmentionné transmet un avis motivé sur la plainte dont il est saisi à la chambre disciplinaire de première instance de la juridiction ordinaire compétente, en s'y associant le cas échéant. Cette transmission est accompagnée de la plainte et de toutes les pièces de la procédure de conciliation. Elle est effectuée dans un délai maximal de trois mois à compter de la séance de conciliation. Le président du conseil de l'ordre informe le directeur de l'organisme local de l'assurance maladie de cette transmission, et ultérieurement, de la décision rendue par la juridiction ordinaire.

« Cette procédure de conciliation exclut celle prévue à l'article L. 4123-2.

« II. - La condition de récidive mentionnée à l'article L. 1110-3 est réputée remplie dès lors que le professionnel de santé mis en cause a déjà fait l'objet d'une sanction définitive au titre du même article dans les six ans précédant la date d'enregistrement de la plainte.

« Dans ce cas, la plainte est transmise sans délai à celle des deux autorités qui n'en a pas été destinataire. Elle est également transmise à la juridiction ordinaire compétente par le président du conseil de l'ordre au tableau duquel le professionnel mis en cause est inscrit, avec son avis motivé et en s'y associant le cas échéant, dans un délai maximal de trois mois à compter de la date d'enregistrement de la plainte. Ce président informe le directeur de l'organisme local d'assurance maladie de cette transmission et ultérieurement, de la décision rendue par la juridiction ordinaire. ».

« Art. R. 1110-11. - En cas de non-respect des délais de trois mois visés à l'article R. 1110-10 pour mettre en œuvre la procédure de conciliation ou saisir la juridiction, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie engage la procédure prévue à l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, sans qu'il soit fait application de la notification prévue au premier alinéa du IV et de la saisine de la commission prévue au V du même article. En cas de sanction prononcée à l'encontre du professionnel de santé mis en cause, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en informe le président du conseil de l'ordre au tableau duquel le professionnel est inscrit.

« Art. R. 1110-12. - Les conseils nationaux des ordres professionnels, pour les professionnels de santé mis en cause les concernant, et le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, pour l'ensemble des professionnels mis en cause, adressent chaque année un bilan des actions engagées au titre du présent article au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de la sécurité sociale, qui précise notamment le nombre de plaintes reçues, le nombre de professionnels ayant fait l'objet d'une plainte, le nombre de conciliations menées ainsi que leur délai moyen de réunion et leurs résultats, le nombre de plaintes transmises aux juridictions ordinaires le cas échéant ainsi que leur délai moyen de transmission, et le nombre de sanctions prononcées sur ce motif par les juridictions ordinaires ou les directeurs des organismes locaux d'assurance maladie. Ce bilan est également transmis au Défenseur des droits et aux commissions d'évaluation des refus de soins mentionnées à l'article D. 4122-4-2 du présent code. »

Article 2

Au début du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, la section 1 est remplacée par une section ainsi rédigée :

« *Section 1 : Sanctions prononcées à l'égard des professionnels de santé*

« Article R. 162-1-1. - Les sanctions prononcées au titre des pratiques mentionnées à l'article L. 162-1-14-1 sont les suivantes :

« 1^o une pénalité financière équivalant à deux fois le plafond mensuel de sécurité sociale pour les pratiques mentionnées au 1^o de l'article L. 162-1-14-1. »

« 2^o une pénalité équivalant à 200 % du montant des dépassements facturés pour les pratiques mentionnées au 2^o de l'article L. 162-1-14-1. Lorsque le dépassement est autorisé, le respect du tact et de la mesure s'apprécie, dans le cadre du présent article, au regard de la prise en compte dans la

fixation des honoraires de la situation financière du patient, de la notoriété du praticien, de la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré, du service rendu au patient, du pourcentage d'actes avec dépassement ou du montant moyen de dépassement pratiqués, pour une activité comparable, par les professionnels de santé exerçant dans le même département ou dans la même région administrative. »

« 3° une pénalité équivalant à 200 % du montant des dépassements facturés pour les pratiques mentionnées au 3° de l'article L. 162-1-14-1.

« 4° une pénalité maximum de 100 % du montant des dépassements sur les actes pour lesquels l'information écrite préalable prévue par l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique n'a pas été réalisée.

« 5° En cas de récidive dans un délai de six ans pour les pratiques mentionnées au 1° de l'article L. 162-1-14-1 et de trois ans pour les pratiques mentionnées au 2°, 3° et 4° du même article :

« a) le retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de trois ans, pour les professionnels autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires ;

« b) la suspension de la participation au financement des cotisations sociales telle que prévue au 5° de l'article L. 162-14-1 et à l'article L. 645-3 pour une durée maximum de trois ans.

« Cette durée maximum peut être portée à six ans en cas de nouvelle récidive durant la période d'application de ces sanctions.

« *Article R. 162-1-1-1.* - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut, après avis de la commission prévu au V de l'article L. 114-17-1, faire procéder à l'affichage de la sanction en zone d'accueil du public de l'organisme local pour une durée comprise entre un et trois mois suivant la notification de la sanction.

« En cas de récidive et après épuisement des voies de recours, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut, après avis de la commission, rendre publique cette sanction dans toute publication à diffusion locale, départementale ou régionale.

« Les frais engagés par l'organisme pour procéder à la diffusion prévue à l'alinéa précédent sont mis à la charge de l'intéressé sans pouvoir excéder la moitié du plafond mensuel de la sécurité sociale. Ils sont notifiés sur la base de la facture établie par l'organisme ou l'entreprise éditant le support concerné et recouverts selon les mêmes modalités que les pénalités financières prévues à l'article L. 114-17-1.

« La notification de payer prévue au 2° du III de l'article R. 147-2 porte mention, s'il y a lieu, des modalités de publicité prévues au présent article, et précise qu'elles sont susceptibles d'un recours au même titre que la sanction.

« *Article R. 162-1-1-2.* - Lorsqu'il prononce une pénalité au titre de la présente section, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en adresse copie au conseil départemental, régional, interrégional, ou central concernant l'ordre des pharmaciens, de l'ordre professionnel au tableau duquel est inscrit le professionnel de santé concerné. »

Article 3

Les membres titulaires et suppléants des commissions de conciliation prévues à l'article R. 1110-9 sont désignés dans un délai maximal de deux mois à compter de la publication du présent décret.

Les dispositions du présent décret s'appliquent aux plaintes enregistrées à compter de deux mois après la publication de ce décret.

Article 4

Le ministre de la santé et des solidarités est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé et des solidarités

Olivier VÉРАН