

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020 relatif à la procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux

NOR : SSAS2013866D

**Publics concernés** : usagers du système de santé, professionnels de santé, organismes d'assurance maladie, conseils territoriaux des ordres professionnels, juridictions ordinaires.

**Objet** : procédure applicable aux refus de soins discriminatoires et aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

**Entrée en vigueur** : le décret s'applique aux plaintes enregistrées plus de trois mois après sa publication.

**Notice** : le décret définit les modalités de la procédure de conciliation et de sanction en cas de refus de soins discriminatoire pratiqué par un professionnel de santé. Il précise les pratiques de refus de soins discriminatoires et le barème de sanction applicable par les organismes d'assurance maladie en cas de refus de soins discriminatoires ou de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

**Références** : le décret, ainsi que les dispositions des codes de la santé publique et de la sécurité sociale qu'il modifie, peuvent être consultés, dans leur rédaction issue de cette modification, sur le site Légifrance (<https://www.legifrance.gouv.fr>).

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre des solidarités et de la santé,

Vu le code pénal ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1110-3 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 114-17-1 et L. 162-1-14-1 ;

Vu la loi n° 71-1130 du 31 décembre 1971 modifiée portant réforme de certaines professions judiciaires et juridiques, notamment son article 4 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 5 juin 2020 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 9 juin 2020 ;

Vu l'avis du Haut conseil des professions paramédicales en date du 17 juin 2020 ;

Vu l'avis du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 25 juin 2020 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Au chapitre préliminaire du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique, il est ajouté une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4

« Refus de soins discriminatoires

« Sous-section 1

« Principes et définitions

« Art. R. 1110-8. – Constitue un refus de soins discriminatoire, au sens de l'article L. 1110-3, toute pratique tendant à empêcher ou dissuader une personne d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par quelque procédé que ce soit et notamment par des obstacles mis à l'accès effectif au professionnel de santé ou au bénéfice des conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, pour l'un des motifs de discrimination mentionnés aux articles 225-1 et 225-1-1 du code pénal, ou au motif que cette personne bénéficie du droit à la protection complémentaire en matière de santé prévu à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou du droit à l'aide médicale d'Etat prévu à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles.

*« Sous-section 2**« Organisation des commissions mixtes de conciliation*

« Art. R. 1110-9. – La commission mixte de conciliation mentionnée à l'article L. 1110-3, compétente en cas de plainte formée par une personne s'estimant victime d'un refus de soins discriminatoire de la part d'un professionnel de santé relevant d'un ordre professionnel, est composée :

« 1° De deux représentants de l'organisme local d'assurance maladie dans le ressort duquel est installé le praticien à la date de la saisine de la commission, désignés par le conseil ou le conseil d'administration de l'organisme ;

« 2° De deux membres représentant le conseil compétent de l'ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit à la date de la saisine, désignés selon les cas par :

« a) Le conseil départemental ou interdépartemental de l'ordre concernant les médecins, les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les infirmiers et les masseurs-kinésithérapeutes ;

« b) Le conseil régional ou interrégional de l'ordre concernant les pédicures-podologues et les pharmaciens relevant de la section A ;

« c) Le conseil central de l'ordre concernant les pharmaciens rattachés aux autres sections.

« Chacune des autorités mentionnées aux 1° et 2° désigne deux membres titulaires et deux suppléants pour une durée de trois ans.

« Art. R. 1110-10. – La commission ne peut siéger que si au moins un membre de chacune des catégories mentionnées au 1° et au 2° de l'article R. 1110-9 est présent, et à condition que la parité soit respectée entre les membres issus de ces deux catégories.

« Un membre ne peut pas siéger lorsqu'il a un lien direct ou indirect, d'ordre notamment familial ou professionnel, faisant obstacle à l'exercice de sa mission, avec l'une des parties à la procédure.

« La commission peut faire appel à toute personne qualifiée ou tout expert extérieur, issu notamment du service du contrôle médical, pour éclairer ses travaux, sans que cette personne ou cet expert puisse directement prendre part à la conciliation.

« Le secrétariat de la séance est assuré par l'autorité ayant reçu la plainte, sauf si les deux autorités concernées en conviennent différemment.

« L'ensemble des personnes participant aux travaux de la commission sont soumises au secret.

*« Sous-section 3**« Procédure de conciliation*

« Art. R. 1110-11. – La personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire peut saisir d'une plainte le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil de l'ordre professionnel mentionnés aux 1° et 2° de l'article R. 1110-9. 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 tout moyen permettant de donner date certaine à sa réception.

« Toute association ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades agréée en application de l'article L. 1114-1, peut effectuer cette saisine pour le compte de la personne qui s'estime victime d'un refus de soins discriminatoire 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 de réception.

« Dans un délai d'un mois à compter de la réception de la plainte, 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 de conciliation convoque les parties pour procéder à leur audition à l'occasion d'une séance de conciliation qui doit être organisée dans les trois mois suivant la réception de la plainte. La convocation est faite par tout moyen permettant de donner date certaine à 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.

« La mise en œuvre de la procédure de conciliation prévue par la présente sous-section exclut, pour les ordres des professions médicales, l'application de la procédure de conciliation prévue à l'article L. 4123-2.

« Art. R. 1110-12. – La commission se réunit en un lieu fixé d'un commun accord entre l'organisme local d'assurance maladie et le conseil de l'ordre territorialement compétent. A défaut, elle est accueillie par l'autorité ayant reçu la plainte.

« Lors de cette séance, la personne à l'origine de la plainte peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix, notamment par 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 peut adresser ses observations par écrit au secrétariat de la commission, en précisant les raisons de son empêchement.

« Exceptionnellement, en cas d'impossibilité de réunir l'ensemble des participants et sous réserve de l'accord de la personne à l'origine de la plainte ainsi que du professionnel de santé, la conciliation peut se dérouler selon des modalités faisant appel à des moyens de visioconférence ou de conférence téléphonique garantissant la confidentialité des échanges.

« A l'issue de la séance, la commission constate 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 l'une au moins des parties n'a 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 relevé 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 ainsi qu'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.

#### « Sous-section 4

##### « Poursuites contre le professionnel

« Art. R. 1110-13. – En cas de non-conciliation, le président du conseil de l'ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit transmet un avis motivé sur la plainte 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 d'assurance maladie de cette transmission, et ultérieurement, de la décision rendue par la juridiction ordinaire.

« Art. R. 1110-14. – La condition de récidive mentionnée à l'article L. 1110-3, faisant obstacle à la mise en œuvre de la procédure de conciliation prévue par ces mêmes dispositions, ainsi que de celle prévue à l'article L. 4123-2, est remplie lorsque le professionnel de santé mis en cause a déjà fait l'objet dans les six ans précédant la réception de la plainte d'une sanction définitive pour refus de soins discriminatoire, prononcée par une juridiction ordinaire ou par le directeur d'un organisme local d'assurance maladie.

« Dans ce cas, la plainte est transmise sans délai à celle des deux autorités mentionnées au premier alinéa de l'article R. 1110-11 qui n'en a pas été destinataire. Elle est également transmise, dans un délai maximal de trois mois à compter de sa réception, 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. Le président du conseil de l'ordre concerné 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. 1110-15. – En cas de méconnaissance, imputable à l'ordre professionnel concerné, du délai de trois mois imparti par l'article R. 1110-11 pour mettre en œuvre la procédure de conciliation, ou de celui prévu à l'article R. 1110-13 pour la saisine de la juridiction disciplinaire à la suite d'une non-conciliation, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie engage la procédure de sanction prévue à l'article L. 114-17-1 du code de la sécurité sociale, selon les modalités fixées à l'article R. 147-14 du même code.

« 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.

#### « Sous-section 5

##### « Dispositions diverses

« Art. R. 1110-16. – 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 adressent chaque année un bilan des actions engagées en application de la présente section au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de la sécurité sociale. Ce bilan 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. Il est également transmis au Défenseur des droits et aux commissions d'évaluation des refus de soins mentionnées à l'article D. 4122-4-2. »

**Art. 2.** – Le chapitre VII du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au I de l'article R. 147-1, il est ajouté un 6<sup>o</sup> ainsi rédigé :

« 6<sup>o</sup> Dans le ressort duquel exerce, à titre principal, le professionnel mentionné à l'article L. 162-1-14-1. » ;

2<sup>o</sup> La section 3 devient la section 4, et l'article R. 147-13 devient l'article R. 147-18 ;

3° Il est rétabli une section 3 ainsi rédigée :

« Section 3

« Dispositions particulières concernant l'accès aux soins et à la prévention

« Art. R. 147-13. – Peut faire l'objet des sanctions prévues par la présente section, en application de l'article L. 162-1-14-1, tout professionnel de santé qui :

« 1° Oppose un refus de soins discriminatoire tel que défini aux articles L. 1110-3 et R. 1110-8 du code de la santé publique ;

« 2° Pratique des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure. Le respect du tact et de la mesure s'apprécie notamment, dans le cadre du présent article, au regard de la prise en compte dans la fixation des honoraires de la complexité de l'acte réalisé et du temps consacré, du service rendu au patient, de la notoriété du praticien, 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° Pratique des dépassements d'honoraires non conformes à la convention dont relève ce professionnel, au I de l'article L. 162-5-13, au dernier alinéa de l'article L. 162-9 ou aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 165-6.

« Art. R. 147-14. – La sanction est prononcée selon la procédure prévue à l'article R. 147-2, après consultation de la commission mentionnée à l'article R. 147-3.

« La notification prévue au premier alinéa du I de l'article R. 147-2 précise les sanctions envisagées par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie dont, le cas échéant, l'affichage ou la publication de la sanction éventuelle selon des modalités qu'il indique. L'avis motivé de la commission mentionnée à l'article R. 147-3 porte, dans ce cas, également sur ce point.

« Pour les manquements mentionnés aux 2° et 3° de l'article R. 147-13, cette notification indique le nombre et le montant des dépassements reprochés.

« Art. R. 147-15. – I. – Les pratiques mentionnées à l'article R. 147-13 peuvent faire l'objet de pénalités financières :

« 1° D'un montant maximum égal à deux fois le plafond mensuel de sécurité sociale pour les faits relevant du 1° de cet article ;

« 2° Egales à deux fois le montant des dépassements facturés pour les faits relevant du 2° et du 3° de ce même article.

« II. – En cas de récidive dans un délai de six ans à compter de la notification d'une précédente sanction pour les mêmes faits devenue définitive, pour les pratiques mentionnées au 1° de l'article R. 147-13, et de trois ans, pour les pratiques mentionnées aux 2° et 3° du même article, le professionnel peut en outre faire l'objet des sanctions suivantes :

« 1° Le retrait du droit à dépassement pour une durée maximum de trois ans, pour les professionnels autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires ;

« 2° 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.

« Les durées maximales mentionnées aux 1° et 2° sont portées à six ans en cas de nouvelle récidive durant la période d'application de ces sanctions.

« Art. R. 147-16. – Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut, en complément de l'une des sanctions prévues à l'article R. 147-15, décider de 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 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 recouvrés selon les mêmes modalités que les pénalités financières prévues à l'article L. 114-17-1.

« La notification de la sanction prévue au III de l'article R. 147-2 porte mention, s'il y a lieu, de la mesure de publication mentionnée aux deux premiers alinéas du présent article et de ses modalités, et précise que cette mesure est susceptible d'un recours au même titre que la sanction principale.

« Art. R. 147-17. – Lorsqu'il prononce une sanction au titre de la présente section, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie en adresse, s'il y a lieu, copie au conseil territorialement compétent, au sens de l'article R. 1110-9 du code de la santé publique, de l'ordre au tableau duquel est inscrit le professionnel de santé concerné. »

**Art. 3.** – Dans le code de la santé publique, au chapitre VIII du titre I<sup>er</sup> du livre V de la première partie, il est ajouté un article R. 1518-3 ainsi rédigé :

« Art. R. 1518-3. – Pour l'application à Mayotte de l'article R. 1110-8, les mots : “du droit à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale ou” sont supprimés et

les mots : “du droit à l’aide médicale d’Etat prévu à l’article L. 251-1 du code de l’action sociale et des familles” sont remplacés par les mots : “de la prise en charge prévue à l’article L. 6416-5 du présent code”. »

**Art. 4.** – Les membres titulaires et suppléants des commissions de conciliation prévues à l’article R. 1110-9 du code de la santé publique sont désignés dans un délai maximal de trois mois à compter de la date de publication du présent décret.

Les dispositions du présent décret s’appliquent aux plaintes enregistrées plus de trois mois après sa publication.

**Art. 5.** – Le ministre des solidarités et de la santé est chargé de l’exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 2 octobre 2020.

JEAN CASTEX

Par le Premier ministre :

*Le ministre des solidarités  
et de la santé,*  
OLIVIER VÉRAN