

**GUIDE PRATIQUE  
DU CONTROLE D'ACTIVITE  
LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE  
A L'ATTENTION DES AMBULANCIERS, TRANSPORTEURS SANITAIRES**

**Réalisé par Jacques-Henri AUCHE et Maud GENESTE, Avocats au barreau de MONTPELLIER.**  
**Avril 2017**

## PROPOS INTRODUCTIFS

Selon le rapport de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, bilan 2014, paru le 31 décembre 2015, les fraudes et activités fautives commises par des professionnels de santé, (médecins, chirurgiens, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes, ambulanciers) représentent 96,5 millions d'euros de préjudice pour l'assurance maladie.

Le transport sanitaire représente 4 % des fraudes et activités fautives.

La lutte contre la fraude constituant l'une des priorités de la CNAMTS, a ainsi été mis en place en 2014 un outil de détection des professionnels de santé présentant des profils atypiques, l'outil « profileur », qui a permis de dégager d'importants gains de temps et d'accroître l'efficacité du ciblage sur les professions concernées.

La finalité poursuivie par l'Etat étant de dissuader les fraudeurs, toutes les procédures sont mises en œuvre, des procédures civiles, ordinaires, aux procédures pénales.

Les ambulanciers, transporteurs sanitaires peuvent donc faire l'objet, dans leurs rapports avec les organismes d'assurance maladie (CPAM, RSI, MSA, complémentaires également), de plusieurs types de contentieux obéissant à des règles procédurales, à un objet et surtout une finalité distincte.

Dans la mesure où il est délicat de déterminer quelle action sera choisie par les organismes d'assurance maladie, il est indispensable de ne rien négliger, même si le contrôle apparaît minime au départ.

Le présent guide vise à présenter toutes les procédures<sup>1</sup>, envisageables à l'encontre des ambulanciers, transporteurs sanitaires par les organismes de sécurité sociale, ayant pour point commun le contrôle de leur activité.

Plusieurs procédures peuvent en effet être mises en œuvre par les organismes de sécurité sociale :

- recouvrement de l'indu
- pénalités financières
- procédure conventionnelle
- procédure pénale
- transaction

---

<sup>1</sup> A l'exception toutefois d'une action intentée devant le Tribunal correctionnel pour fraude ou abus particulièrement caractérisés

## § I – CONTENTIEUX DU RECOUVREMENT DE L'INDU

### CONSEIL PRATIQUE :

1) *il ne faut jamais négliger une demande en recouvrement d'indu qui peut augurer d'autres contentieux.*

2) *l'opportunité de contester une notification d'indu ne s'apprécie pas seulement en fonction du montant de l'indu réclamé, mais également en fonction de l'importance dans l'exercice professionnel, de la facturation contestée*

3) *une tentative de règlement amiable avec la caisse, à la suite de la notification d'indu ne doit pas vous faire oublier de formaliser les recours dans les délais prévus pour élever une contestation. Il est également prudent, si un accord est trouvé avec la caisse, de le formaliser par écrit à titre de preuve.*

### I- OBJET DU CONTENTIEUX

En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation des actes, prestations et produits, donnant lieu à remboursement, ou en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés, l'organisme d'assurance maladie peut agir en recouvrement de la somme indûment payée<sup>2</sup>.

L'action en recouvrement de l'organisme social se prescrit par trois ans, sauf cas de fraude, à compter de la date du paiement de la somme indue, et non de la date de facturation par l'ambulancier, le transporteur sanitaire .

Plusieurs décisions récentes de la Cour de cassation sont venues préciser les règles de la prise en charge des frais de transport, en particulier s'agissant de la nature des déplacements faisant l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie. La portée de l'exigence d'une prescription médicale préalable a été délimitée. En outre, la haute juridiction a pu clarifier les critères de proximité et d'adéquation de l'établissement de santé avec la situation de l'assuré.

### Sur la liste des frais de transport pris en charge

Selon une jurisprudence constante de la Cour de cassation, la liste des frais de transport pris en charge, telle que fixée par l'article R.322-10 du Code de la Sécurité sociale (CSS), est limitative (2e civ., 10 nov. 2011, n° 10-24.496). Seuls sont donc couverts : les déplacements liés à une hospitalisation, des traitements ou des examens prescrits aux personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) ; ceux en ambulance, justifiés par l'état du bénéficiaire ; les trajets de plus de 150 kilomètres, sous conditions ; les transports en série (soit quatre au moins, de plus de 50 kilomètres chacun, sur une période de deux mois) au titre d'un même traitement ; enfin, les déplacements prévus pour se soumettre à contrôle médical par les services administratifs.

S'agissant des transports liés à une hospitalisation, les juges considèrent comme devant être pris en

<sup>2</sup> Article L 133-4 du Code de la sécurité sociale

charge ceux qui correspondent strictement à l'entrée et à la sortie du séjour hospitalier. Aussi la Cour de cassation, dans une décision du 24 septembre 2009 (2e civ., n° 08-18.968) a-t-elle cassé un arrêt du tribunal des affaires de Sécurité sociale (Tass) de Bastia qui avait ordonné la prise en charge des frais de taxi d'une assurée se rendant dans une polyclinique pour y recevoir des soins postopératoires ; et cela, bien que ces soins fussent justifiés médicalement par une prescription. Dans la même logique, les déplacements effectués à l'occasion de consultations ayant pour but de préparer une intervention chirurgicale ou une hospitalisation ne constituent pas des transports liés à une hospitalisation au sens de l'article R.322-10 du CSS (Cass. soc., 16 mai 2002, n° 00-19.134).

Suivant un raisonnement identique, la Cour de cassation a censuré un jugement du Tass de Meaux, lequel, par une interprétation extensive de l'article suscité, avait estimé que le transport d'un assuré, de son domicile à la clinique de scintigraphie en vue de subir des examens postopératoires, avait un lien direct avec l'hospitalisation antérieure et, en tout état de cause, que ces examens auraient été réalisés lors de l'hospitalisation, si le patient n'avait pas fait l'objet d'une sortie anticipée (Cass. 2e civ., 17 déc. 2009, n° 08-12.932).

Un arrêt du 8 janvier 2009 de la Cour de cassation (2e civ., n° 07-16.859) illustre la fermeté des juges sur ce point. En l'espèce, le transport d'une patiente d'un hôpital de Fréjus, où elle se trouvait, au domicile de son fils dans les Yvelines, avait été validé par une prescription médicale. La Cour a refusé de reconnaître le droit au remboursement des frais de transport au motif que le déplacement n'était pas m dicaleme t justifié, dans la mesure où il était motivé par « la nécessité d'un rapprochement familial souhaitable pour le confort de la patiente et de sa famille » ; par conséquent, celui-ci « n'entra t dans aucun des cas limitativement énumérés par l'article R.322-10 du CSS ».

### **Sur les conditions de la prise en charge en cas d'affections de longue durée**

---

Selon une jurisprudence constante, les personnes atteintes d'une affection de longue durée sont remboursées de leurs frais de transport, uniquement lorsque trois conditions cumulatives sont remplies : les dispositions prévues à l'article L.314- 1 du CSS sont respectées ; les transports sont prescrits par le protocole de soins ; cela, pour les seuls examens et traitements relatifs à l'ALD (Cass. 2e civ., 12 juill. 2006, n° 05-11.597). En outre, depuis le 1 er avril 2011, ces frais ne sont remboursés qu'aux assurés en ALD qui présentent une incapacité ou une d fici nce les empêchant de se déplacer seuls.

### **Sur la Prescription médicale obligatoire**

---

Tout transport doit donc être m dicaleme t justifié par une prescription et satisfaire aux exigences posées par l'article R.322-10 du CSS, deux critères strictement contrôlés par la Cour de cassation. Conformément à l'article R.322-10- 2 du CSS, la prise en charge des frais de transport sanitaire demeure subordonnée à la présentation par le bénéficiaire d'une prescription médicale. Celle-ci doit indiquer le moyen de transport le moins onéreux, compatible avec l'état de santé du malade. En cas d'urgence, la prescription peut être établie a posteriori ; l'urgence ne saurait toutefois être caractérisée par la délivrance a posteriori de la prescription (Cass. soc., 16 juin 1994, n° 06-15.234).

Dans une décision du 22 septembre 2011, la Cour de cassation a rappelé que l'office du juge est de vérifier l'existence d'une prescription préalable. Par conséquent, elle a cassé l'arrêt du Tass de Créteil accordant le remboursement des frais de transport à une assurée qui prétendait avoir été mal informée par son médecin prescripteur sur les conditions d'ouverture du droit à la prise en charge (Cass. 2e civ., 22 sept. 2011, 10-23.685).

En ce qui concerne les moyens de transport utilisables, si le médecin précise un motif particulier, le mode choisi doit correspondre à ce dernier. Dans le cas contraire, le remboursement, partiel ou total, peut être refusé (Cass. 2e civ., 20 mars 2008, n° 07-11.480). Cependant, l'assurance maladie ne peut pas exercer d'action en répétition de l'indu – c'est-à-dire lancer une procédure pour obtenir la restitution d'un indu – contre le transporteur qui a suivi la prescription médicale : il n'appartient pas à celui-ci d'apprécier ou de remettre en cause la prescription (Cass 2 e civ., 20 juin 2007, n° 06-15.234).

### **Sur l'Accord préalable**

---

L'article R.322-10-4 du CSS prévoit que, sauf urgence constatée par le prescripteur, l'assuré doit obtenir l'accord de l'assurance maladie pour la prise en charge des déplacements d'une distance supérieure à 150 kilomètres, des transports en série et de ceux par avion ou bateau ; ce que confirme la jurisprudence (Cass. soc., 1er févr. 2001, n° 98-21.346). Dans le cas d'un trajet de plus de 150 kilomètres, le contrôle médical doit s'assurer que les soins ne peuvent pas être dispensés dans une structure de soins moins éloignée. Enfin, les demandes d'entente préalable doivent être envoyées dans un délai de quinze jours avant la date du transport (Cass. 2e civ., 17 mars 2011, n° 10-14.446 et Cass. 2e civ., 15 mars 2012, n° 11-11.286).

Dans les mêmes conditions que les autres assurés, les personnes atteintes d'une ALD doivent, elles aussi, solliciter l'accord de l'assurance maladie pour la prise en charge de leur transport sanitaire de plus de 150 kilomètres (Cass. 2<sup>ème</sup> civ., 19 nov. 2009, n° 08-21.044).

Une catégorie de malades bénéficie toutefois d'une dérogation à cette obligation : les victimes d'accidents du travail. Celles-ci sont remboursées de leurs frais de transport sanitaire effectué dans le cadre de leurs traitements, au titre de l'article L.442-8 du CSS (Cass. 2e civ., 13 nov. 2008, n° 07-19.618).

S'agissant de l'exception à la déclaration préalable en cas d'urgence, un arrêt du 15 mars 2012 de la deuxième chambre civile de la Cour de cassation (n° 11-11.286) confirme la jurisprudence selon laquelle l'attestation d'urgence doit impérativement figurer dans l'acte de prescription médicale. En son absence, la situation d'urgence ne sera pas reconnue, même si celle-ci est attestée par le même prescripteur dans un certificat daté du même jour que la prescription (Cass. 2e civ., 14 janvier 2010, n° 08-21.953). Toutefois, une prescription-cadre peut valablement contenir la mention du caractère urgent du transport, sans qu'il soit besoin de le faire figurer dans les prescriptions ultérieures prises sur son fondement (Cass. 2e civ., 3 mars 2011, n° 10-14.352).

Par ailleurs, les transports sanitaires validés par des prescriptions différentes doivent faire l'objet de déclarations différentes (Cass. 2e civ., 14 janv. 2010, n° 08-21.886).

## **Sur le principe de proximité**

---

Pour bénéficier de la prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport, l'assuré doit présenter les factures délivrées par le transporteur (sauf facture subrogatoire). Les juges veillent à ce que, conformément à l'article L.322-5 du CSS, le remboursement soit effectué sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux et compatibles avec l'état du bénéficiaire.

Dans un arrêt du 14 juin 2012, la Cour de cassation rappelle sa jurisprudence constante selon laquelle un tribunal ne peut pas refuser la prise en charge des frais de transport au motif qu'une structure de soins plus proche du domicile de l'assuré est susceptible de lui procurer des soins appropriés, sans recourir à l'expertise médicale technique prévue à l'article L.141-1 du CSS. La Cour estime en effet que le tribunal ne peut pas trancher seul une difficulté d'ordre médical dont dépend la solution du litige (2e civ., n° 11-13.820).

La haute juridiction a apporté un tempérament au principe de proximité : l'assurance maladie est tenue de prendre en charge intégralement un transport vers une structure de soins éloignée, lorsque celles plus proches ont refusé de pratiquer les soins nécessités par l'état de santé de l'assuré (Cass. 2e civ., 3 sept. 2009, n° 08-20.344).

## **II- PREMIERE PHASE DU CONTENTIEUX**

L'action en recouvrement s'engage par l'envoi au professionnel d'une lettre motivée en Recommandé avec accusé de réception, lui notifiant le montant réclamé (voire par remise en mains propres contre récépissé, ou par un mail si un accusé de réception permet d'en attester la bonne réception).

### **1. La notification de payer**

Cette notification doit préciser la cause, la nature et le montant des sommes réclamées, ainsi que la date des versements indus donnant lieu au recouvrement.

Cette notification mentionne également l'existence d'un délai de 2 mois à partir de sa réception, pour que le débiteur s'acquitte des sommes réclamées.

Elle informe également le débiteur, qu'à défaut de paiement dans ce délai, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10 %.

L'intéressé a un délai de 1 mois à compter de la réception de la notification pour faire des observations écrites.

Ainsi, à ce stade, l'ambulancier ou l'entreprise sanitaire a trois alternatives :

- soit payer la pénalité immédiatement
- soit saisir la commission de recours amiable de la CPAM (ce qui peut lui éviter, le cas échéant la mise en demeure et la pénalisation de 10 %)
- soit ne rien faire et attendre qu'une mise en demeure lui soit notifiée.

## 2. La mise en demeure

En l'absence de remboursement de l'indu dans le délai de deux mois et en cas de désaccord avec les observations de l'intéressé, ou après notification de la Commission de recours amiable, une mise en demeure est adressée au professionnel<sup>3</sup>.

La mise en demeure, généralement faite par courrier RAR (mais pouvant être remise contre récépissé, ou par un mail si un accusé de réception permet d'en attester la bonne réception) doit comporter :

- la cause, la nature et le montant des sommes réclamées,
- la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement,
- le motif, le cas échéant, qui a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées,
- le montant de la majoration de 10% afférentes aux sommes encore dues,
- le délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R 142-1 du Code de la sécurité sociale.

Si le paiement de l'indu a été entièrement payée dans le délai d'un mois suivant la date d'envoi de la mise en demeure, la majoration de 10% peut faire l'objet d'une remise par le directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur de bonne foi, ou si le montant de l'indu est inférieur au seuil fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Ainsi, à ce stade, l'ambulancier ou transporteur sanitaire a trois alternatives :

- soit payer la mise en demeure immédiatement,
- soit saisir la commission de recours amiable de la CPAM (s'il ne l'a pas déjà fait) dans le délai d'un mois (et non plus deux<sup>4</sup>),
- soit ne rien faire et attendre qu'une contrainte lui soit notifiée.

## 3. La contrainte

Lorsque dans le délai de 1 mois à compter de sa notification, la mise en demeure est restée sans effet, le Directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le TASS (Tribunal des affaires de sécurité sociale), comporte tous les effets d'un jugement, et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

---

<sup>3</sup> R 133-9-1 du CSS

<sup>4</sup> R 142-1, alinéa 3 du CSS

La signification de la contrainte sera effectuée par un huissier de justice<sup>5</sup>, ou par lettre Recommandée avec accusé de réception.

A ce stade ultime, l'ambulancier ou transporteur sanitaire n'a plus qu'une alternative :

- soit payer le montant indiqué dans la contrainte,
- soit saisir le TASS en formant opposition.

### III- PHASE CONTENTIEUSE DEVANT LE TASS

L'opposition constitue la voie de recours à l'encontre de la contrainte.

Si le professionnel peut formaliser lui-même opposition à l'encontre d'une contrainte devant le TASS, il doit impérativement respecter certaines conditions :

- l'opposition doit être formalisée devant le TASS dans le ressort duquel il est domicilié (par exemple, pour un ambulancier domicilié à SETE, le TASS compétent est celui de MONTPELLIER)
- l'opposition doit être faite soit directement par inscription au greffe du TASS, soit par Lettre RAR adressée au secrétariat du TASS
- l'opposition doit être faite dans le délai de 15 jours de la signification de la contrainte par voie d'huissier (ou de la réception de la lettre RAR)
- l'opposition doit enfin être motivée, ce qui signifie qu'il faut expliquer les raisons pour lesquelles la contrainte est contestée.

Les parties sont convoquées 15 jours au moins avant la date d'audience, et sont généralement convoquées par lettre RAR.

Le professionnel peut comparaître personnellement ou se faire représenter soit par un confrère, soit par un avocat.

#### CONSEILS PRATIQUES :

*1) même s'il s'agit d'une procédure orale, et même si l'opposition indique les raisons de votre recours, il est vivement conseillé de déposer un argumentaire écrit détaillé, en complément de l'opposition motivée.*

*Par souci de respect du contradictoire, il convient d'adresser cet argumentaire écrit, ainsi que toute pièce dont vous entendriez vous prévaloir, à l'organisme de sécurité sociale directement.*

*2) la procédure étant orale, il vous est toujours possible de développer de nouveaux moyens à l'audience, dès lors qu'ils auront été débattus contradictoirement.*

Il est vivement conseillé de répondre à chacun des griefs de manière très précise.

---

<sup>5</sup> R 133-3 du CSS

Si le TASS ne s'estime pas suffisamment éclairé, il peut ordonner, avant de statuer sur le fond, une mesure d'instruction ou une mesure d'expertise.

#### **IV- RECOURS CONTRE LES JUGEMENTS DU TASS**

La lettre de notification du jugement du TASS, tout comme l'arrêt d'appel, mentionne de manière expresse les modalités de recours possibles (appel ou pourvoi, et éventuellement mais rarement opposition).

##### **a. L'appel**

Les jugements rendus pas le TASS sont susceptibles d'appels dès lors que l'intérêt du litige est supérieur à 4000 €, ou si le montant des demandes ne peut être déterminé.

Les jugements avant dire droit, ordonnant une mesure d'instruction ou une enquête, ne sont pas susceptibles d'appel immédiat, et ne pourront l'être qu'avec le jugement au fond.

L'appel peut être interjeté dans le délai **d'un mois** à compter de la notification du jugement et doit être fait au greffe de la Cour d'appel dans le ressort de laquelle est situé le tribunal qui a rendu la décision attaquée<sup>6</sup>.

L'appel est suspensif, ce qui signifie que les condamnations prononcées par le TASS ne pourront être exécutées le temps de l'appel.

Le greffier de la Cour convoquera les parties à l'audience prévue pour les débats, dès sa fixation et quinze jours au moins à l'avance, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, et leur adresse le même jour, par lettre simple, copie de cette convocation.

De même que devant le TASS, il s'agit d'une procédure sans représentation obligatoire : cela signifie que les parties peuvent se défendre elles-mêmes, et que la procédure est orale.

##### **b. Le pourvoi en cassation**

Les jugements rendus pas le TASS ne sont susceptibles d'un pourvoi uniquement si l'intérêt du litige est inférieur à 4000 €, ou si le litige porte sur une remise de majoration de retard et de pénalité.

---

<sup>6</sup> CSS, art. R. 142-28, al. 6



Le délai pour formaliser un pourvoi en cassation est de deux mois à compter de la notification du jugement par la TASS (ou de l'arrêt par la Cour).

La Cour de cassation peut déclarer non admis le pourvoi et le déclarer d'emblée irrecevable, si elle estime qu'il est manifestement dénué de moyens sérieux.

La Cour de cassation statue, quoi qu'il en soit, toujours en droit, et non en fait : elle ne vérifie donc que la bonne application de la règle de droit aux faits qui lui sont soumis, mais sans jamais pouvoir discuter desdits faits eux-mêmes.

Soit la Cour de cassation rejette le pourvoi, soit elle casse la décision et renvoie alors l'affaire devant une cour d'appel ou un TASS pour qu'il soit jugé à nouveau en fait et en droit.

## § II – LES PENALITES FINANCIERES

Les pénalités financières peuvent être prononcées par les organismes de sécurité sociale à l'encontre des ambulanciers et transporteurs sanitaires.

Son régime est régi par l'article L 162-1-14 du Code de la sécurité sociale.

### I- **Faits susceptibles de justifier le prononcé d'une pénalité et montant de la pénalité.**

Les faits susceptibles de justifier le prononcé d'une pénalité financière sont notamment les suivants :

- Toute inobservation des règles légales ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie.

Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme : **cela implique donc que l'ambulancier, l'entreprise de transport sanitaire coopère pleinement lors du contrôle d'activité, faute de quoi il encourt une pénalité.**

- Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ou lorsque l'ambulancier, l'entreprise de transport sanitaire n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article,

- Les abus constatés par le Service médical en matière de soins, de prescriptions d'arrêts de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations,

- Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

Les hypothèses pouvant donner lieu à paiement d'une pénalité financière sont donc multiples.

Le montant de la pénalité mentionnée fixé en fonction de la gravité des faits reprochés :

- soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci,
- soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'Etat pour la fixation de la pénalité.

Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive.

## II- Procédure applicable aux pénalités financières<sup>7</sup>.

1. Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations ou demander à être entendu, dans un délai de un mois

2. A l'expiration de ce délai, le directeur de l'organisme social peut :

- soit décider d'abandonner la procédure

- soit dans un délai de quinze jours, saisir la commission des pénalités et lui communiquer les griefs, et éventuellement les observations du professionnel. Le directeur l'en informe simultanément et lui indique qu'il a la possibilité d'être entendu par la commission.

**Il est vivement recommandé d'user de cette faculté d'être entendu par la commission.**

3. La commission rend un avis motivé, portant notamment sur la matérialité et la gravité des faits reprochés, la responsabilité de la personne ainsi que le montant de la pénalité susceptible d'être appliquée.

4. A compter de la réception de l'avis (ou si la commission ne s'est pas prononcée dans le délai de trois mois maximum, l'avis étant alors réputé rendu), le Directeur de l'organisme social peut :

- soit décider de ne pas poursuivre la procédure, et il en avise le médecin

- soit décider de poursuivre la procédure et il doit alors saisir dans un délai de 15 jours le Directeur général de l'UNCAM d'une demande d'avis conforme (faute de saisine dans ce délai, la procédure est réputée abandonnée).

5. Le directeur de l'UNCAM dispose d'un délai de 1 mois pour formuler son avis. Faute d'avis rendu par lui, il est réputé favorable. Si à l'inverse, l'avis du directeur de l'UNCAM est défavorable, la procédure est alors abandonnée.

6. En cas d'avis favorable du directeur de l'UNCAM, le directeur de l'organisme social dispose alors de 15 jours pour notifier la pénalité.

La notification de pénalité doit comporter :

- la cause, la nature et le montant des sommes réclamées au titre des pénalités

---

<sup>7</sup> R 147-2 du CSS



- la mention de l'existence d'un délai de 2 mois pour payer, ou à défaut exercer les voies de recours,
- les modalités de recouvrement des pénalités par retenues sur les prestations ultérieures à verser

La pénalité peut en effet être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, la procédure (et les voies de recours) étant la même qu'en cas de notification d'indu.

**7.** Faute de paiement de la pénalité dans le délai de deux mois, le directeur de l'organisme social envoie alors une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai de deux mois.

Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

Il s'agit donc, là encore, d'une procédure assez longue et complexe, mais de plus en plus utilisée par les organismes de sécurité sociale.

### § III – LA PROCEDURE CONVENTIONNELLE

La profession est régie par la Convention nationale des transporteurs sanitaires privés prévue à l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, conclue le 26 décembre 2002.

#### 1- Objet du contentieux

La caisse peut sanctionner le transporteur si elle constate certains faits relevant de l'inobservation des dispositions de la convention nationale des transporteurs sanitaires (JORF n°70 du 23 mars 2003), après avoir respecté la procédure prévue par la convention.

Il peut s'agir notamment de l'inobservation des dispositions suivantes :

#### a. Dispositions relatives aux conditions d'application de la procédure de dispense d'avance des frais

##### Article 5 de la convention :

Le transporteur sanitaire ne pourra mettre en œuvre la procédure de dispense d'avance des frais que pour les transports sanitaires par ambulance pris en charge par l'assurance maladie conformément à la réglementation en vigueur. Pour bénéficier de la dispense des frais l'assuré social doit obligatoirement justifier :

- de son appartenance à un régime d'assurance maladie notamment par la présentation de sa carte Vitale ou dans l'attente de l'intégration des transports sanitaires au système SESAM-Vitale, de l'attestation papier de ses droits ;
- d'une prescription médicale dûment remplie attestant que son état justifie l'usage du moyen de transport sanitaire par ambulance prescrit ;
- de l'accord préalable de l'organisme d'affiliation lorsqu'il est prévu par la réglementation en vigueur.

(article 5 de la convention)

##### Article 6 de la convention :

En cas d'urgence, lorsque le transport a dû être effectué avant l'arrivée du médecin, la prise en charge ne peut avoir lieu que si la nécessité de transport urgent est



attestée a posteriori par le médecin traitant, hospitalier ou régulateur et, dans ce dernier cas, selon les modalités précisées à l'article 10 (al. 2).

**c. Disposition relatives à l'accord préalable**

L'accord préalable de la caisse d'affiliation est requis dans les cas mentionnés aux 4° et 5° de l'article R. 322-10 du code de la sécurité sociale :

Transports en un lieu distant de plus de 150 km,

Transports en série, le nombre de transports prescrits au titre d'un même traitement étant au moins égal à quatre au cours d'une période de deux mois et sur une distance d'au moins 50 km aller pour chaque transport,

La caisse s'engage à répondre à cette demande d'accord préalable dans les dix jours suivant l'expédition de ladite demande.

Le défaut de réponse dans ce délai constitue acceptation de la part de l'organisme. Toutefois, le service du contrôle médical peut toujours intervenir ultérieurement pour émettre un avis sur la prise en charge de l'organisme, en matière de transports en série.

Dans ce cas, l'interruption de la prise en charge prend effet à compter du lendemain du jour de la réception, par l'assuré et le transporteur, de la notification de l'organisme, conformément à l'article R. 315-1-3 du code de la sécurité sociale.

En cas d'urgence attestée par le médecin sur sa prescription, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis.

Les modalités pratiques de la formalité d'entente préalable sont éventuellement fixées par des clauses particulières qui font l'objet d'une annexe locale à la convention. Des accords locaux peuvent être passés afin de décider de l'opportunité de supprimer la formalité de l'accord préalable dans certaines circonscriptions, notamment lorsque le centre hospitalier régional ou le centre hospitalier universitaire de rattachement est distant de plus de 150 km du lieu de prise en charge du malade (4° de l'article R. 322-10) ou lorsqu'une structure de soins réalisant des traitements itératifs est distante de plus de 50 km du lieu de prise en charge du malade (5° de l'article R. 322-10).

**d. Dispositions relatives à la Facturation et remboursement des frais de transports sanitaires**

#### **Article 7 de la convention**

Les tarifs des transports sanitaires privés par ambulance remboursables que le transporteur sanitaire s'engage à respecter sont les tarifs fixés par avenant conventionnel, ils figurent à l'annexe tarifaire à la présente convention. Ces tarifs s'entendent en matière d'ambulance pour le transport d'un seul malade par véhicule.

Lorsqu'une ambulance effectue un transport comportant l'aller et le retour du malade, deux transports sont facturables.

Le transporteur sanitaire ne peut être tenu pour responsable des horaires imposés par les structures de soins.

#### **Article 8 de la convention**

Le remboursement des frais de transports sanitaires est calculé sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins prescrite et appropriée la plus proche.

La prescription médicale est intangible et, en aucun cas, le transporteur sanitaire ne peut être tenu pour responsable du non-respect de la règle susmentionnée.

#### **Article 9 de la convention**

Les tarifs des ambulances définis à l'article 7 comprennent l'ensemble des prestations de services que doit obligatoirement assurer tout transporteur sanitaire (telles qu'elles sont prévues par la réglementation en vigueur définissant la structure de la tarification applicable aux transports sanitaires terrestres par ambulance annexée à la présente convention). **Ils sont exclusifs, au regard du remboursement, de toute majoration ou de tout supplément autre que ceux prévus par l'annexe à la convention.**

Toute prestation complémentaire non couverte par ces tarifs et ne donnant pas lieu à remboursement par l'organisme d'assurance maladie devra néanmoins, ainsi que son montant, être consignée sur la facture prévue à l'article 11 de la convention et attestée par la personne transportée ou son représentant.

Le transporteur sanitaire doit faire son affaire personnelle du recouvrement auprès de l'assuré ou du bénéficiaire du ticket modérateur mentionné à l'article 4 et des sommes restant à la charge de l'assuré ou du bénéficiaire dans le cadre des prestations complémentaires éventuellement exigées par ce dernier, notamment, détour demandé, attente, immobilisation du personnel ainsi que toute prestation



non définie dans la structure tarifaire du complément III qui ne donnent pas lieu à remboursement.

Les transporteurs sanitaires pour l'activité desquels les caisses auront constaté des anomalies dans les éléments de facturation remboursables pourront faire l'objet de mesures prévues à l'article 18 de la convention. Ils pourront également et parallèlement faire l'objet d'une procédure de récupération des sommes indûment versées dans le cadre des dispositions de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

#### **Article 10 de la convention**

Le paiement des frais de transport aux transporteurs sanitaires intervient dans les conditions suivantes :

Le transporteur sanitaire transmet à l'organisme les factures de transport établies sur la facture dont le modèle type national est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et de l'économie.

#### **A l'exclusion de tout autre document, les factures subrogatoires et leurs éventuelles annexes sont accompagnées :**

- de la prescription médicale du transport. Pour les appels émanant des centres 15, le justificatif fixé par une clause locale à la convention, délivré par le centre 15, ou l'association de transports sanitaires urgents et sur lequel figure le numéro d'appel, est assimilable à la prescription et a valeur d'engagement de la responsabilité du médecin régulateur ;

- éventuellement de l'accord préalable de la caisse, lorsque celui-ci est prévu par la réglementation, dont les modèles d'imprimés nationaux sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

#### **Article 11 de la convention**

**Chaque facture de transport ou l'éventuelle annexe doit être dûment complétée et comporter notamment, sauf cas de force majeure, la signature de la personne transportée ou celle de son représentant attestant la réalité et les conditions du transport.** Toute information portée sur la facture rend le renseignement facultatif sur l'annexe. Il en va de même de la signature de la personne transportée qui doit figurer sur la facture ou son annexe détaillant l'ensemble des transports en série. Lorsque la personne transportée n'est pas en état de signer la facture ou l'annexe, le



transporteur atteste de cette impossibilité en portant sur la facture à la place de la signature de la personne transportée : « Impossibilité physique ou mentale de signer ».

Le transporteur sanitaire établit les factures de transport sur le modèle type national. L'éventuelle annexe accompagnant la facture ci-dessus mentionnée peut être déterminée localement.

L'assuré, sous réserve de la présentation de documents prouvant son appartenance à un régime d'assurance maladie au transporteur sanitaire, peut donner subrogation en faveur de ce dernier dans sa créance vis-à-vis de la caisse qui verse directement le montant de sa participation au transporteur sanitaire. Ce versement au professionnel n'est pas subordonné au règlement préalable par l'assuré de la participation restant éventuellement à sa charge.

#### **Article 12 de la convention**

Le transporteur sanitaire doit tenir à disposition de l'assuré un exemplaire de la facture visée à l'article 11 portant la mention « dispense d'avance des frais ». Le transporteur sanitaire doit donner acquit sur la facture pour toute somme effectivement reçue de l'assuré à l'occasion du transport.

#### **Article 13 de la convention**

Les frais correspondant à des transports sanitaires effectués par un ambulancier hors convention pour quelque motif que ce soit sont remboursés sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel.

#### **Article 31 de la convention**

**Les transporteurs sanitaires s'obligent à ne pas utiliser en tant que moyen de publicité auprès du public, la possibilité de prise en charge et de dispense d'avance des frais de transport par ambulance par les organismes d'assurance maladie.** Par contre, les transporteurs sanitaires sont tenus de faire connaître aux assurés, par les moyens qu'ils jugeront utiles, leur situation au regard de la présente convention et les conséquences qui en découlent au regard des tarifs. A l'exception des documents d'information adressés individuellement, sur leur demande, aux particuliers, l'information du public est assurée, en tant que de besoin, selon des modalités définies d'un commun accord entre les parties.

#### **e. Dispositions relatives aux Transports effectués par véhicule sanitaire léger (VSL)**

### **Article 32 de la convention**

Dans l'attente d'une convention unique régissant l'ensemble du transport assis professionnalisé, les dispositions des articles 3 à 27 et 29 à 31 de la convention sont applicables aux transports sanitaires réalisés par VSL.

### **Article 33 de la convention**

**Le VSL ne peut assurer un service d'urgence. Pour les transports d'urgence, seule l'ambulance peut intervenir**, conformément à l'article 2 de la convention.

### **Article 34 de la convention**

Les tarifs des transports sanitaires par VSL que le transporteur sanitaire s'engage à respecter pour la facturation des prestations remboursables sont ceux fixés par avenant à la convention, ils figurent à l'annexe tarifaire à la convention.

Conformément à la réglementation en vigueur en matière d'agrément, **le VSL est habilité à transporter plusieurs patients (trois maximum par véhicule). Dans le cas d'un transport simultané de personnes, chaque patient doit faire l'objet d'une facture individuelle qui comporte le prix du transport correspondant à la distance effectivement parcourue pour chacun d'entre eux.** Les tarifs subissent alors un abattement :

- de 25 % pour deux patients présents dans le même véhicule au cours du transport quel que soit le parcours réalisé en commun ;

- de 40 % pour trois patients présents dans le même véhicule au cours du transport quel que soit le parcours réalisé en commun, qui s'applique à la totalité de la facture y compris au poste de facturation « forfait départemental ou minimum de perception » et au poste « tarif kilométrique départemental », majoré éventuellement soit pour le transport de nuit, soit pour le transport le dimanche ou jour férié.

Le transporteur sanitaire ne peut être tenu pour responsable des horaires imposés par les structures de soins.

## **2- Procédure applicable**

Il s'agit d'une procédure en plusieurs étapes :

- envoi d'un relevé de constatation,
- intervention de la Commission départementale de concertation,
- décision de la caisse

**a. Envoi du relevé des constatations et procédure de concertation devant la commission départementale de concertation**

En cas d'inobservation des clauses de la présente convention, la caisse concernée transmet un relevé de ses constatations à la commission départementale de concertation qui invite le transporteur sanitaire en cause à venir présenter lui-même ses observations.

Un dossier exposant les griefs retenus à son encontre doit être transmis par courrier avec accusé de réception au transporteur sanitaire dans un délai minimum de un mois avant la réunion de la commission de concertation. L'ensemble des pièces sur lesquelles s'appuient les griefs sont consultables dès la transmission du dossier. A sa demande et à ses frais, le transporteur sanitaire peut obtenir copie de tout ou partie des pièces du dossier.

Lors de la réunion de la commission départementale de concertation, le transporteur sanitaire en cause peut être accompagné d'un conseiller de son choix.

Ne pourront être invoqués en séance que les seuls griefs exposés dans ce dossier.

La commission départementale de concertation doit donner son avis dans le délai d'un mois suivant sa date de saisine.

Sauf cas de force majeure, la non-présentation du transporteur sanitaire concerné ou de la section professionnelle, régulièrement convoqués à la réunion de la commission départementale de concertation, ne peut faire obstacle à la prise de décision de la caisse. Il en va de même lorsque la commission de concertation n'est pas en état de fonctionner du fait de la non-constitution de la section professionnelle.

En cas de force majeure, le délai d'un mois court à partir de la constatation de la force majeure.

**b. Composition de la commission départementale de concertation**

Dans chaque département, les relations entre la profession et les organismes d'assurance maladie s'établissent dans le cadre d'une commission départementale de concertation composée d'une section professionnelle et d'une section sociale.

La section professionnelle comprend :

Quatre titulaires et quatre suppléants, désignés d'un commun accord par les syndicats départementaux régulièrement constitués affiliés à l'organisation ou aux organisations syndicales représentatives du transport sanitaire signataire(s) de la présente convention.

Lorsque moins de quatre syndicats de transporteurs sanitaires signataires sont présents localement, le ou les syndicats désigne(nt) d'un commun accord leurs quatre représentants et leurs suppléants. En cas de désaccord, les sièges à pourvoir sont attribués par les syndicats signataires en fonction de



la représentation des syndicats au sein du CODAMU. Le secrétariat de la Commission nationale de concertation est tenu informé des difficultés éventuelles de constitution de la section professionnelle.

Lorsqu'aucun des quatre syndicats de transporteurs sanitaires signataires n'est présent localement, les quatre représentants sont désignés d'un commun accord par les syndicats de transporteurs sanitaires locaux régulièrement constitués et habilités par les syndicats nationaux signataires. L'habilitation d'un syndicat local par un syndicat national signataire doit faire l'objet d'une notification écrite par ledit syndicat national.

Les membres de la section professionnelle doivent être des professionnels en exercice dans une entreprise conventionnée.

La section sociale comprend :

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie et quatre suppléants, désignés par ces organismes. La répartition du nombre de représentants sera fixée d'un commun accord entre les trois régimes d'assurance maladie. La qualité de membre d'une profession apparentée aux transports d'assurés sociaux est incompatible avec la qualité de membre, de représentant d'un organisme d'assurance maladie à la commission locale de concertation.

### **c. La décision de la caisse**

Après avis de la commission départementale de concertation, les caisses adressent à l'ambulancier, par lettre recommandée avec avis de réception, la notification de leur décision, sous réserve.

Elles informent la commission départementale de leur décision.

En cas de décision de mise hors convention, les caisses nationales, sur demande de la profession, rappellent aux caisses locales les procédures à suivre s'il est constaté que la décision est entachée d'un vice de forme.

### **3- Sanctions applicables et voie de recours**

En fonction de la gravité des faits reprochés et après avis de la commission de concertation, les sanctions peuvent être les suivantes :

- un avertissement ;
- un avertissement avec publication ;
- un déconventionnement avec ou sans sursis.

La caisse notifie la mesure de sanction à l'ambulancier par lettre recommandée avec avis de réception.

La durée du déconventionnement fixée, en fonction de la gravité des faits reprochés au transporteur sanitaire, ne peut être inférieure à un mois ni excéder un an.

Toutefois, en cas de condamnation en vertu des articles L. 377-1 et suivants du code de la sécurité



sociale ou de l'article 441-1 du code pénal, la durée du déconventionnement est au moins égale à un an, voire définitive.

La décision de mise hors convention est portée à la connaissance des caisses nationales et de la commission départementale de concertation en même temps qu'elle est notifiée par les caisses locales au transporteur sanitaire.

A l'exclusion des cas de récidive portant sur des faits analogues et des déconventionnements consécutifs à une condamnation pénale, un déconventionnement non conforme à l'avis de la commission devra, avant d'être notifié, faire l'objet d'un second examen par ladite commission, selon la procédure décrite plus haut.

En cas de mise hors convention, les caisses nationales, sur demande de la profession, rappellent aux caisses locales les procédures à suivre s'il est constaté que la décision est entachée d'un vice de forme.

Le transporteur sanitaire ayant fait l'objet d'une sanction dispose d'un droit de recours devant les instances compétentes (TA - CAA, Conseil d'Etat).

**Cumul de cette sanction avec les autres procédures.** Il y a lieu de souligner qu'une sanction conventionnelle ne peut se cumuler avec les pénalités financières visées à l'article L 162-1-14 du CSS.

#### § IV – ACTION DEVANT LES JURIDICTIONS PENALES

Les organismes de sécurité sociale sont susceptibles d'être victimes de fraude ou de tentative de fraude émanant des professionnels de santé.

La lutte contre la fraude constitue l'une des priorités de l'Assurance maladie, et une procédure pénale exercée contre un praticien constitue l'une des procédures les plus graves.

Le nombre des moyens dont disposent les organismes d'assurance maladie n'a cessé de s'enrichir au fil des années, les textes étant disséminés dans le code pénal, le code de la sécurité sociale et le code de la santé publique.

*CONSEIL PRATIQUE : l'exercice d'une action pénale par un organisme de sécurité sociale est très exceptionnel et est justifié par la gravité des faits relevés. Il y a donc lieu de prendre cette action avec le plus grand sérieux et prendre attache immédiatement avec votre avocat.*

Il existe tout un panel de textes pouvant servir de support à une plainte pénale :

- Article 313-1 du code pénal : « *L'escroquerie est le fait, soit par l'usage d'un faux nom ou d'une fausse qualité, soit par l'abus d'une qualité vraie, soit par l'emploi de manœuvres frauduleuses, de tromper une personne physique ou morale et de la déterminer ainsi, à son préjudice ou au préjudice d'un tiers, à remettre des fonds, des valeurs ou un bien quelconque, à fournir un service ou à consentir un acte opérant obligation ou décharge. L'escroquerie est punie de cinq ans d'emprisonnement et de 375 000 euros d'amende. »*
- Article 441-1 du Code pénal : « *Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques. Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. »*
- Article L 377-1 du CSS : « *Est passible d'une amende de 3750 euros quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, s'il y échet. »*

- Article L 377-5 du CSS : « *Le jugement prononçant une des peines prévues au présent chapitre contre un praticien peut également prononcer son exclusion des services des assurances sociales.*

*Les médecins, chirurgiens, sages-femmes et pharmaciens peuvent être exclus des services de l'assurance, en cas de fausse déclaration intentionnelle. S'ils sont coupables de collusion avec les assurés, ils sont passibles, en outre, d'une amende de 3 750 euros, et d'un emprisonnement de six mois ou de l'une de ces deux peines seulement sans préjudice de plus fortes peines, s'il y échet. »*

L'organisme de sécurité sociale dispose, dans la procédure pénale, d'un triple pouvoir :

- informer le procureur de la République de l'infraction dont elle a été victime
- se joindre à l'action publique déclenchée par le ministère public
- déclencher lui-même l'action publique

La plainte simple ou plainte entre les mains du procureur se définit comme un acte par lequel une personne informe le parquet de la commission d'une infraction lui ayant causé un préjudice. Une telle plainte ne lie nullement ce dernier, ni ne l'oblige à donner une suite à la plainte puisqu'il dispose de l'opportunité des poursuites (CPP, art. 40-1).

Lorsque l'action publique a déjà été mise en œuvre, soit par le procureur de la République, soit par une autre victime, la victime peut se joindre à cette action en se constituant partie civile par la voie de l'intervention, soit devant la juridiction d'instruction, soit devant la juridiction de jugement (cas où une autre caisse aurait déjà déposé plainte).

Lorsque le ministère public n'a pas exercé l'action publique, la victime peut se constituer partie civile par la voie de l'action en saisissant soit le juge d'instruction par une plainte avec constitution de partie civile, soit la juridiction de jugement par une citation directe. Elle déclenche alors indirectement l'action publique, le ministère public étant contraint de l'exercer.

Il convient de noter qu'une plainte avec constitution de partie civile adressée au doyen des juges d'instruction du TGI n'est recevable que suite à un classement sans suite d'une plainte simple ou au terme d'un délai de 3 mois à compter de la plainte simple si aucune poursuite n'a été engagée.

Une citation directe n'est que très rare, mais elle pourra être envisagée par l'organisme de sécurité sociale s'il dispose déjà de tous les éléments de preuve nécessaires et si les faits sont simples.

## § V : LA TRANSACTION

A l'issue du contrôle exercé par le service administratif des organismes de sécurité sociale, il arrive fréquemment que soit proposé à l'ambulancier ou transporteur sanitaire une transaction.

Si une telle issue est proposée, cela laisse présumer que les faits reprochés présentent un caractère peu important, et en outre qu'il n'y aurait aucun caractère répétitif au comportement de l'ambulancier ou transporteur sanitaire.

La proposition faite de transiger présente pour l'organisme de sécurité sociale d'être peu coûteuse et rapide.

Il faut savoir qu'une transaction suppose :

- l'existence d'une contestation avec la Caisse, la transaction pouvant être envisagée avant tout procès ou même une fois un jugement rendu
- l'existence de concessions réciproques entre les parties.

Il convient de prendre en compte les intentions initiales des parties au moment de la conclusion de l'acte et non pas ce à quoi elles auraient effectivement droit<sup>8</sup>.

Il faut savoir que l'exigence de concessions réciproques ne doit pas être assimilée à une condition d'équivalence entre les sacrifices de chacune des parties, ce qui exclut toute lésion (article 2052 du Code civil).

Il faudrait démontrer que les concessions faites par la Caisse auraient un caractère dérisoire, ce qui est très difficile en pratique.

**CONSEIL PRATIQUE :** *Les caisses sont très vigilantes à ne pas octroyer des concessions excessives. l'ambulancier ou transporteur sanitaire peu habitué à de telles procédures, devra impérativement veiller à ce que la Caisse accorde réellement des concessions.*

### I- Régime de la transaction

Conformément à l'article 2044 du Code civil, la transaction doit être rédigée par écrit.

Le régime des vices du consentement (erreur, dol, violence) est appliqué à la transaction, comme en droit commun des contrats.

Ainsi, concernant la caractérisation du dol, en fonction du degré de position de faiblesse du contractant, les juges exigent avec plus ou moins de rigueur l'existence de véritables manœuvres au titre de leur appréciation souveraine (*Cass. soc., 20 nov. 2001, n° 99-45.213 : JurisData n° 2001-012031*). Cela sera délicat à apporter comme preuve, dans le cadre d'une transaction avec une Caisse.

---

<sup>8</sup> Cass. 1re civ., 27 nov. 2001, n° 00-11.853 : JurisData n° 2001-011955 . - Cass. soc., 15 nov. 2007, n° 06-42.305

De même, s'agissant de la violence, la victime doit apporter la preuve suffisante de sa situation particulière de faiblesse, le simple constat d'une situation économique difficile n'étant pas opérant (*Cass. soc.*, 18 déc. 2001, n° 99-40.649 : *JurisData* n° 2001-012296).

Il faut donc retenir, de manière générale, qu'il est très difficile de revenir sur une transaction.

*CONSEIL PRATIQUE : il est vivement conseillé de ne jamais accepter de signer une transaction sur le champ et se laisser le temps de la réflexion.*

*Il est en outre pertinent de soumettre cette proposition transactionnelle à votre Syndicat, si vous êtes affilié, ou à votre avocat.*

## **II- Effets de la transaction**

### **1. Effets liés à sa nature contractuelle**

Il faut savoir que, comme tout contrat, la transaction est soumise au principe de l'effet obligatoire des contrats.

En application de ce principe, la transaction ne doit pas être étendue aux éléments sur lesquels les parties ne se sont pas entendues.

*CONSEIL PRATIQUE : l'ambulancier ou transporteur sanitaire doit bien vérifier que la transaction, si elle porte sur des indus, précise bien la période exactement visée. Il ne faudrait pas, en effet, qu'ultérieurement, un autre contrôle porte sur la même période...*

### **2. Effets liés à sa nature juridictionnelle**

L'intérêt majeur de la transaction est qu'elle constitue un obstacle à l'introduction d'une action en justice ayant le même objet.

Une fois la transaction signée, la Caisse ne pourra donc notamment plus agir en récupération d'indu pour les mêmes griefs.

Il convient de préciser qu'en cas d'inexécution (de non-paiement par l'ambulancier ou transporteur sanitaire), la transaction devient inopposable, sans même que la Caisse ait à en solliciter la résolution<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> En ce sens *Cass. Ire civ.*, 12 juill. 2012, n° 09-11.582