

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF  
DE MONTREUIL**

**N° 2302763**

---

**CENTRE DE SANTÉ ASSOCIATION DE  
BIENFAISANCE MÉDICALE POUR TOUS**

---

**Mme Lançon  
Rapporteure**

---

**M. Bernabeu  
Rapporteur public**

---

**Audience du 5 mars 2025  
Décision du 19 mars 2025**

---

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

**AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS**

Le tribunal administratif de Montreuil

(5<sup>e</sup> chambre)

Vu la procédure suivante :

Par une requête, enregistrée le 8 mars 2023, le centre de santé Association de bienfaisance médicale pour tous (ABMT), représenté par Me Battikh, demande au tribunal :

1°) d'annuler pour excès de pouvoir la décision du 17 janvier 2023 par laquelle la directrice générale de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Seine-Saint-Denis a suspendu, à compter du 23 janvier 2023, le versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte rémunéré pour une durée de cinq ans, ainsi que la possibilité pour lui d'exercer dans le cadre conventionnel, pour une durée de cinq ans, sans sursis ;

2°) de mettre à la charge de la CPAM de la Seine-Saint-Denis la somme de 2 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Il soutient que :

- la décision attaquée est insuffisamment motivée ;
- elle a été prise à l'issue d'une procédure irrégulière à défaut, d'une part, d'avoir fait l'objet d'une mise en demeure prévue à l'article 59 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015, d'autre part, pour la CPAM de la Seine-Saint-Denis, de justifier de la régularité de l'avis de la commission paritaire départementale des centres de santé de la Seine-Saint-Denis au regard des stipulations de l'article 55.1 de l'accord précité et des articles 1<sup>er</sup>, 2 et 3 de l'annexe 28 à cet accord, enfin, d'avoir respecté un délai de soixante jours pour lui notifier la décision en litige prévu à l'article 59 du même accord ;
- elle est entachée d'une « erreur de faits » et méconnaît le principe du droit à la présomption d'innocence ;

- elle méconnaît les stipulations des articles 59 et 60 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015 ;
- la sanction est disproportionnée.

Par un mémoire en défense, enregistré le 13 octobre 2023, la CPAM de la Seine-Saint-Denis, représentée par Me Tassel, conclut au rejet de la requête et à ce qu'une somme de 2 000 euros soit mise à la charge du requérant au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient que :

- la requête est irrecevable à défaut pour le requérant de justifier de la qualité pour agir des personnes désignées comme ses représentants légaux ;
- les moyens soulevés par le requérant ne sont pas fondés.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- le code de la santé publique ;
- le code de la sécurité sociale ;
- le code des relations entre le public et l'administration ;
- l'arrêté du 27 mars 1972 fixant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux ;
- l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015 ;
- la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie du 11 mars 2005 modifiée, relative à la liste des actes et prestations pris en charge ou remboursés par l'assurance maladie ;
- le code de justice administrative.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de Mme Lançon, première conseillère,
- les conclusions de M. Bernabeu, rapporteur public,
- les observations de Me Tassel, avocate de la CPAM de la Seine-Saint-Denis.

Considérant ce qui suit :

1. A la suite de signalements d'assurés sociaux, le centre de santé Association de bienfaisance médicale pour tous (ABMT) a fait l'objet d'un contrôle par la CPAM de la Seine-Saint-Denis pour la période allant du 15 janvier 2022 au 2 août 2022. A cette occasion, la caisse a relevé plusieurs anomalies de facturation et des manquements aux règles de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Informé de ces constatations, le centre de santé a présenté ses observations à la caisse lors d'un entretien du 24 novembre 2022, ainsi que lors de la séance du 13 décembre 2022 de la commission paritaire départementale de la Seine-Saint-Denis des centres de santé, saisie par l'organisme de sécurité sociale. Après avis de cette commission, par une décision du 17 janvier 2023 dont le centre de santé ABMT demande l'annulation, la CPAM de la Seine-Saint-Denis a suspendu, à compter du 23 janvier 2023, le versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à

l'acte rémunéré pour une durée de cinq ans, ainsi que la possibilité pour elle d'exercer dans le cadre conventionnel, pour une durée de cinq ans, sans sursis.

Sur le cadre juridique du litige :

2. En premier lieu, d'une part, aux termes de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique : « *Les centres de santé sont des structures sanitaires de proximité, dispensant des soins de premier recours et, le cas échéant, de second recours et pratiquant à la fois des activités de prévention, de diagnostic et de soins, au sein du centre, sans hébergement, ou au domicile du patient. Ils assurent, le cas échéant, une prise en charge pluriprofessionnelle, associant des professionnels médicaux et des auxiliaires médicaux. / (...) / Tout centre de santé, y compris chacune de ses antennes, réalise, à titre principal, des prestations remboursables par l'assurance maladie. / (...).* » L'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale dispose : « (...) / *Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie. / (...)* ».

3. D'autre part, aux termes de l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale : « *Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents. / Cet accord détermine notamment : / 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ; / 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; / (...) / 5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ; / (...)* ».

4. Enfin, l'article 58 « *Examen des manquements* » de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015, dans sa version issue de l'avenant n° 4 à cet accord, du 14 avril 2022, applicable à la date de la décision en litige, stipule : « *En cas de constatation, par une caisse, du non-respect des dispositions du présent accord national par un centre de santé, portant notamment sur : / (...) / le non-respect, de façon répétée des règles de la NGAP et de la CCAM ; / (...) / la facturation d'actes non réalisés ; / (...) / la procédure décrite ci-après peut être mise en œuvre.* » Cette procédure est fixée par l'article 59 « *Procédure* » de cet accord, dans sa version applicable à la date de la décision en litige. L'article 60 « *Mesures de sanctions* » de cet accord, dans sa version applicable au litige, stipule : « *Lorsqu'un centre de santé ne respecte pas les dispositions du présent accord national, il peut, après mise en œuvre de la procédure prévue ci-dessus, encourir une ou plusieurs des mesures suivantes : / - Avertissement ; / - Suspension de la possibilité d'exercer dans le cadre conventionnel avec ou sans sursis. / - Suspension du versement des rémunérations forfaitaires autres qu'à l'acte (rémunération forfaitaire spécifique, ROSP, FPMT, MPA...). / Cette suspension peut être temporaire (une semaine, 1, 3, 6, 9 ou 12 mois) ou prononcée pour une durée ne pouvant excéder 5 ans, selon l'importance des griefs.* »

Sur les moyens de légalité externe :

5. En premier lieu, aux termes de l'article L. 211-2 du code des relations entre le public et l'administration : « *Les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent. / A cet effet, doivent être motivées les décisions qui : / (...) / 2° Infligent une sanction ; / (...)* ».

L'article L. 211-5 de ce code dispose : « *La motivation exigée par le présent chapitre doit être écrite et comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision.* » En outre, aux termes de l'article 59 de l'accord du 8 juillet 2015 visé ci-dessus, dans sa version issue de l'avenant n° 4 à cet accord, applicable à la date de la décision en litige : « (...) / *La CPR ou la CPD compétente est saisie conformément aux modalités prévues par le présent accord, afin de rendre son avis préalable à la décision de sanction.* / (...) / *L'avis de la CPR ou de la CPD est rendu en séance.* / *A l'issue d'un délai de soixante jours, le directeur de la CPAM, pour son compte et le compte des autres régimes, notifie au centre de santé la mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse primaire communique également la décision aux membres de la CPR ou de la CPD en leur envoyant copie de la lettre adressée au centre de santé.* / *La décision liste les faits reprochés, précise la nature de la sanction, sa date d'effet et les délai et voie de recours ; cette décision doit être motivée.* ».

6. Il résulte de ces dernières stipulations et de l'article L. 211-2 du code des relations entre le public et l'administration que la décision par laquelle la caisse primaire d'assurance maladie prononce à l'encontre d'un centre de santé une sanction prévue par l'article 60 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015 est au nombre des décisions qui doivent être motivées. Pour satisfaire à cette exigence, l'organisme de sécurité sociale doit faire figurer, soit dans sa décision elle-même, soit par référence à un document joint ou précédemment adressé à l'établissement, outre la nature de la sanction prononcée, les faits reprochés qui la fondent.

7. Il ressort des pièces du dossier que par courrier du 10 novembre 2022, remis en main propre à la directrice du centre de santé ABMT le 15 novembre suivant, la CPAM de la Seine-Saint-Denis a informé l'établissement de la mise en œuvre d'une procédure de « sanction conventionnelle » suite au constat, sur la période du 15 janvier 2022 au 2 août 2022, d'une facturation d'actes non réalisés pour un montant de 128 888,74 euros et de la méconnaissance répétée des règles de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour un montant de 29 978,37 euros. Un relevé de constatations était joint à ce courrier, lequel, outre la mention des articles 58 et 59 de l'accord du 8 juillet 2015 dont il était fait application et l'indication de la nature des sanctions susceptibles d'être prononcées, comportait l'exposé détaillé des faits reprochés au centre de santé ABMT. La décision du 17 janvier 2023 en litige fait référence au courrier du 10 novembre 2022 précité, énonce les manquements reprochés à l'origine de la saisine de la commission paritaire départementale (CPD) de la Seine-Saint-Denis des centres de santé, la teneur et le sens de l'avis de la commission, ainsi que la nature des sanctions prononcées à l'encontre du centre de santé ABMT. Par ailleurs, il n'est pas contesté qu'un tableau détaillé des anomalies constatées fondant la décision était joint à la décision attaquée. Ainsi, et bien que l'avis de la CPD ne soit pas joint à la décision en litige, les éléments de fait sur le fondement desquels elle a été prise ont été portés à la connaissance du centre de santé requérant avec suffisamment de précision pour lui permettre d'en contester utilement le bien-fondé. Par suite, le moyen tiré de l'insuffisance de motivation de la décision attaquée doit être écarté.

8. En second lieu, d'une part, aux termes de l'article 59 « *Procédure* » de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015, dans sa version applicable à la date de la décision en litige, issue de l'avenant n° 4 à cet accord, du 14 avril 2022 : « *La CPAM qui constate le non-respect par un centre de santé des dispositions du présent accord national, lui adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception.* / *Cette mise en demeure doit décrire l'ensemble des faits qui sont reprochés au centre de santé et les motifs susceptibles de justifier le lancement de la procédure de sanction.* *Le centre de santé dispose d'un délai de 30 jours à compter de cette*

*mise en demeure pour modifier sa pratique. / (...) / Cette procédure de mise en demeure n'est pas applicable en cas de constatation par la CPAM de la facturation par le centre de santé d'actes non réalisés. / (...) »*

9. Ainsi qu'il a été dit précédemment, pour prendre la décision en litige, la CPAM de la Seine-Saint-Denis s'est fondée sur plusieurs griefs dont celui de la facturation d'actes non réalisés. Dès lors, et conformément aux stipulations citées au point précédent de l'article 59 de l'accord du 8 juillet 2015, elle n'était pas tenue d'adresser une mise en demeure au centre de santé ABMT avant de lancer la procédure de sanction.

10. D'autre part, l'article 59 de l'accord national destiné à organiser les relations entre les centres de santé et les caisses d'assurance maladie du 8 juillet 2015, dans sa version applicable à la date de la décision en litige, stipule : *« (...) / Si, à l'issue de ce délai, le centre de santé n'a pas modifié la pratique reprochée, la CPAM, pour son compte et le compte de l'ensemble des caisses, communique un relevé des constatations des faits reprochés dûment motivé au centre de santé concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception, avec copie aux membres titulaires des deux sections de la CPR ou de la CPD. / (...) / La CPR ou la CPD compétente est saisie conformément aux modalités prévues par le présent accord, afin de rendre son avis préalable à la décision de sanction. / Le centre de santé peut transmettre ses observations écrites à la commission ou être entendu par celle-ci. Le centre de santé peut se faire assister par un avocat ou par un représentant d'une organisation représentative des centres de santé de son choix placé sous le régime du présent accord national. / L'avis de la CPR ou de la CPD est rendu en séance. / (...) »*. Aux termes de l'article 55.1 « Composition » de cet accord, dans sa version applicable au litige : *« Chaque CPR ou CPD est composée, à parité : / - pour la section professionnelle, de 10 représentants désignés par les organisations représentatives des centres de santé signataires et ayant adhéré au présent accord national et, le cas échéant, de 10 suppléants, / - pour la section sociale de 10 représentants des organismes locaux d'assurance maladie désignés soit par les caisses des départements compris dans la région concernée pour la CPR, soit par la caisse du département pour la CPD et, le cas échéant, de 10 suppléants. / (...) / La répartition des sièges est réalisée conformément au règlement intérieur figurant à l'annexe 28. / (...) »*. Aux termes de l'article 1<sup>er</sup> « Organisation des réunions des commissions » de l'annexe 28 à cet accord : *« (...) / Lorsque la commission se réunit pour instruire une procédure de sanction conventionnelle à l'encontre d'un centre de santé, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations de la commission. / (...) »*. L'article 2 « Composition des commissions paritaires » de cette annexe stipule : *« Au sein des commissions paritaire nationale, régionales et départementales, les sièges de la section sociale sont répartis de la façon suivante : / - 7 représentants pour le régime général : 5 administratifs, 1 conseiller, 1 praticien conseil, / - 3 représentants pour le régime agricole. / Concernant la section professionnelle, la répartition des sièges est laissée à l'appréciation des représentants des centres de santé. / (...) »*. Selon l'article 3 « Présidence des sections et des commissions » de cette même annexe : *« La commission ne peut délibérer valablement que lorsque le quorum est atteint et que la parité est respectée. / (...) »*.

11. Il ressort des pièces du dossier, en particulier de l'avis du 13 décembre 2022 de la commission paritaire départementale (CPD) de la Seine-Saint-Denis des centres de santé, que celle-ci s'est réunie sur saisine de la CPAM de la Seine-Saint-Denis après avoir été informée par l'organisme de sécurité sociale, le 17 novembre 2022, des manquements reprochés au centre de santé requérant et avoir reçu communication du relevé des constatations, conformément aux stipulations de l'article 59 de l'accord national dans sa version applicable au litige. La CPD a convoqué le centre de santé ABMT, qui lui a transmis des observations écrites le 5 décembre 2012, puis a été entendu par les membres de la commission lors de sa séance du 13 décembre 2012, à laquelle le centre de santé était représenté par sa directrice, Mme B..., ainsi que par les

docteurs El Harich et El Khawaga, et assisté d'un conseil. La CPD était composée de cinq membres de la section professionnelle et de sept membres de la section sociale, conformément à l'article 2 de l'annexe 28 à l'accord national du 8 juillet 2015 dans sa version alors applicable. En outre, si, en vertu du 4<sup>e</sup> alinéa de l'article 1<sup>er</sup> de l'annexe 28 à l'accord national, les conseillers techniques et les experts ne sont pas habilités à assister aux délibérations, il ressort de l'avis du 13 décembre 2022 que seuls les représentants des sections professionnelle et sociale présents, à l'exception de Mmes A... et Le Cardinal de la section sociale afin de respecter la parité entre les sections, ont participé aux délibérations. Ainsi, le quorum et la parité étant atteints, la commission a pu valablement délibérer, conformément aux stipulations précitées de l'annexe 28. L'avis rendu en séance, en application de l'article 59 de l'accord national, l'a été à l'unanimité des votants. Dans ces circonstances, et alors que le centre de santé ABMT se borne à soutenir qu'il appartient à la CPAM de la Seine-Saint-Denis de justifier de la régularité de la composition et de l'avis de la CPD, il n'apparaît pas que la procédure d'avis de la CPD soit irrégulière.

12. Enfin, aux termes de l'article 59 de l'accord national du 8 juillet 2015 aux termes duquel, dans sa version applicable au litige : *« (...) / A l'issue d'un délai de soixante jours, le directeur de la CPAM, pour son compte et le compte des autres régimes, notifie au centre de santé la mesure prise à son encontre, par lettre recommandée avec accusé de réception. La caisse primaire communique également la décision aux membres de la CPR ou de la CPD en leur envoyant copie de la lettre adressée au centre de santé. / (...) »*

13. Il ressort des pièces du dossier que, le 15 novembre 2022, le centre de santé ABMT a reçu la notification du relevé de constatations prévu aux stipulations de l'article 59 de l'accord national citées au point 10, devant être regardée comme marquant le point de départ de la procédure contradictoire et du délai de soixante jours à l'issue duquel, en application des stipulations de l'article 59 citées au point précédent, la CPAM doit notifier à l'établissement la mesure prise à son encontre. Le courrier accompagnant ce relevé invitait le centre de santé intéressé à présenter ses observations écrites ou à demander un entretien avec l'organisme de sécurité sociale. Il est constant que le centre de santé a pu présenter ses observations orales au cours d'un entretien tenu le 24 novembre 2022, à sa demande. Comme il a été dit au point 11, outre des observations écrites présentées le 5 décembre 2022, le centre de santé ABMT a également été entendu par les membres de la CPD de la Seine-Saint-Denis des centres de santé le 13 décembre 2022. La décision du 17 janvier 2023 lui a été régulièrement notifiée le 20 janvier suivant, à défaut d'avoir réclamé le courrier recommandé la contenant dans le délai de sa mise à disposition par les services postaux, dont il a été avisé. Dès lors, la notification de la décision contestée est bien intervenue à l'issue du délai de soixante jours prévu par les stipulations citées au point précédent.

14. Par suite, l'ensemble des moyens tirés de vices dans la procédure de sanction doit être écarté.

#### Sur les moyens de légalité interne :

15. En premier lieu, le centre de santé requérant, qui ne verse aucune pièce au dossier, soutient que la matérialité des griefs qui lui sont opposés ne serait pas établie, dès lors, d'une part, qu'il n'a fait l'objet d'aucune condamnation pénale, d'autre part, que la CPAM de la Seine-Saint-Denis n'apporte pas la preuve des manquements reprochés et que les erreurs commises en matière de fausses facturations ne résultent pas d'une volonté frauduleuse de sa part. Le requérant entend soulever ainsi les moyens tirés d'une « erreur de faits », de la méconnaissance du principe de présomption d'innocence et du non-respect des articles 59 et 60 de l'accord national précité du 8 juillet 2015 dans sa version en vigueur à la date de la décision en litige.

16. Cependant, ainsi qu'il a été dit précédemment, la CPAM de la Seine-Saint-Denis a communiqué au centre de santé requérant un relevé de constatations auquel était joint un tableau détaillé des anomalies, par courrier du 10 novembre 2022, remis en main propre à sa directrice le 15 novembre 2022. Selon ce relevé, la CPAM de la Seine-Saint-Denis a constaté, notamment, que la facturation de tests de dépistage du Covid-19 et d'actes techniques pour un même bénéficiaire était fractionnée sur plusieurs jours alors que ceux-ci avaient été accomplis à une même date, entraînant ainsi une facturation à 100 %, agissement qualifié de « fausse revoyure ». En outre, la CPAM a constaté la facturation de plusieurs actes de soins à une même date et pour un même bénéficiaire en méconnaissance de la nomenclature NGAP ou sans abattement réglementaire. L'organisme de sécurité sociale constatait également des doubles facturations d'actes techniques identiques pour un même bénéficiaire et pour une même date de soins. Il ressort du compte-rendu de son entretien du 24 novembre 2022 avec des représentantes de la CPAM de la Seine-Saint-Denis, dont les mentions ne sont pas contestées, que le centre de santé ABMT a reconnu des erreurs consistant en un fractionnement de facturation portant sur la réalisation des tests antigéniques, avec, d'une part, une facture datée de la veille, d'autre part, celle de la réalisation de l'acte technique, alors que les tests de dépistage du Covid-19 étaient demandés aux patients de manière systématique avant la réalisation de l'acte technique. Les représentants du centre ABMT ne contestaient pas les autres manquements reprochés, les imputant à l'incompétence et l'inexpérience du personnel embauché.

17. De plus, selon l'avis du 13 décembre 2022 de la commission paritaire départementale de la Seine-Saint-Denis des centres de santé, ont alors été présentés au requérant les manquements suivants : avoir appliqué une facturation à 100 % pour plusieurs actes d'une même spécialité réalisés le même jour alors que la NGAP prévoit que les 1<sup>er</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> actes d'une même spécialité sont facturés, respectivement, à 100 %, 50 % et gratuitement, mécanisme appelé de la « décote » et représentant un montant total d'indus de 9 206,49 euros ; avoir facturé deux fois des actes identiques pour les mêmes assurés et transmis ces factures à des dates différentes et de façon différente soit par télétransmission soit par feuilles de soins papier, cette « fausse facturation » correspondant à un montant total d'indus de 20 762,69 euros ; avoir facturé à plusieurs reprises un acte identique réalisé une seule fois, pour un montant total d'indus de 20 443,43 euros ; avoir facturé la veille de leur réalisation, des tests de dépistage de Covid-19, dont la réalisation était présentée comme obligatoire avant l'acte de soins, et n'a pas été effectuée par un professionnel de santé habilité à facturer les actes C1.50 et C1.70, cette cotation imposant une réalisation des tests antigéniques par un médecin ou un chirurgien-dentiste à l'occasion d'une consultation, cette « fausse revoyure » correspondant à un montant total d'indus de 108 445,31 euros. Le centre de santé ABMT n'a pas davantage contesté la matérialité de ces constatations à cette occasion, imputant ces manquements à « l'inexpérience administrative et des soucis d'appropriation du logiciel permettant la facturation de la part de l'équipe administrative » et insistant sur « les difficultés techniques de codification des actes » et affirmant que l'« assurance maladie » aurait admis la possibilité de facturer à 100 % la réalisation d'un test Covid-19 et de l'acte technique.

18. Dans ces conditions, le centre de santé ABMT n'est pas fondé à soutenir que la décision de sanction du 17 janvier 2023 prise par le directeur de la CPAM de la Seine-Saint-Denis repose sur des faits qui ne sont pas matériellement établis en méconnaissance du principe de la présomption d'innocence, la circonstance que les faits n'ont donné lieu à aucune condamnation pénale étant sans incidence sur la légalité de la décision en litige, eu égard au principe d'indépendance des procédures administrative et pénale. De même, est sans incidence la circonstance, à la supposer avérée, qu'il ait corrigé les erreurs de facturation commises. En outre, le centre de santé ABMT, qui ne verse aucune pièce à l'appui de ses affirmations relatives à la facturation des tests de dépistage de Covid-19, ne conteste pas sérieusement la matérialité des

griefs. Par suite, les moyens tirés de l'« erreur de faits », de la violation du principe de la présomption d'innocence et de la méconnaissance des articles 59 et 60 de l'accord national précité doivent être écartés.

19. En second lieu, eu égard à leur nature, à leur ampleur et à leur caractère répété, les manquements reprochés et, ainsi qu'il vient d'être dit, avérés, correspondant à un montant d'indus total de 158 857,92 euros, justifient les mesures de suspension prononcées. Si le centre de santé ABMT fait valoir que cette somme ne correspond qu'à 8 % de son chiffre d'affaires pour l'année 2022 et qu'une même sanction a été appliquée à un centre de santé des Yvelines à l'origine d'une fraude d'un montant d'un million d'euros, il n'apporte aucune pièce à l'appui de ses affirmations et de telles circonstances ne sont au demeurant pas de nature à démontrer que la sanction contestée serait disproportionnée.

20. Il résulte de tout ce qui précède, sans qu'il soit besoin d'examiner la fin de non-recevoir opposée par la CPAM de la Seine-Saint-Denis, que la requête du centre de santé ABMT doit être rejetée, en toutes ses conclusions.

### D É C I D E :

Article 1<sup>er</sup> : La requête du centre de santé ABMT est rejetée.

Article 2 : Le présent jugement sera notifié au centre de santé Association de bienfaisance médicale pour tous et à la caisse primaire d'assurance maladie de la Seine-Saint-Denis.

Délibéré après l'audience du 5 mars 2025, à laquelle siégeaient :

M. Baffray, président,  
Mme Lançon, première conseillère,  
Mme Gaullier-Chatagner, première conseillère.

Rendu public par mise à disposition au greffe le 19 mars 2025.

La rapporteure,

Le président,

L.-J. Lançon

J.-F. Baffray

La greffière,

A. Macaronus



La République mande et ordonne à la ministre du travail, de la santé, des solidarités et des familles, en ce qui la concerne ou à tous commissaires de justice à ce requis en ce qui concerne les voies de droit commun, contre les parties privées, de pourvoir à l'exécution de la présente décision.