

SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Dossier n° **5301**

Dr **A**

Séance du **17 avril 2018**

Lecture du **15 mai 2018**

LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE
DES MEDECINS,

Vu la procédure suivante :

Le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, d'autre part, ont, suite à une analyse d'activité, porté plainte contre le Dr A, spécialiste en médecine générale, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes de l'Ordre des médecins ;

Par une décision n° 1001 du 2 juin 2017, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes a infligé au Dr A la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un an, dont quatre mois avec sursis, avec publication de la sanction, en application de l'article L.145-1 du code de la sécurité sociale ;

1° Par une requête, enregistrée le 7 août 2017, et des mémoires enregistrés les 19 mars et 23 mars 2018, le Dr A demande à la Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins :

1°) d'annuler la sanction qui lui a été infligée ;

2°) subsidiairement, de prononcer un simple avertissement, sans publication ;

3°) de rejeter les plaintes et les appels du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie et de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie ;

4°) de mettre à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie les frais exposés et non compris dans les dépens ;

Il soutient que :

- la plainte de la caisse porte sur des faits prescrits ;
- il n'a jamais été sanctionné ;
- l'enquête de la caisse est entachée d'irrégularité, en violation de l'article 6-1 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des droits de la défense et du principe du contradictoire, dès lors notamment qu'il n'a pas été préalablement avisé de la convocation de ses patients, en méconnaissance des articles L 315-1 et R. 315-1-1 du code de la sécurité sociale, que les témoignages anonymes ne respectent pas les droits de la défense, qu'il n'a reçu aucun document justifiant l'existence des soupçons de fraude, au demeurant infondés, que certains éléments ne lui ont pas été soumis et qu'il a fait l'objet d'un harcèlement administratif ;
- la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance n'a pas répondu à son argumentation tirée de l'irrégularité de la procédure préalable au regard de l'article 6-1 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;
- les règles de codage des actes sont excessivement complexes ;
- il est en droit, eu égard à ses diplômes et qualifications, de réaliser les actes

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 2 -

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

concernés ;

- il n'a pas réalisé d'actes fictifs ;
- il ne peut y avoir de fraude, en l'absence d'élément intentionnel ;
- les griefs, portant au demeurant sur des faits isolés, concernant les actes post datés ou arrêt de complaisance ne sont pas fondés ;
- il était remplacé le 12 septembre 2014, date à laquelle lui est reproché d'avoir fait un faux; les certificats ne sont pas signés par lui ;
- les griefs concernant les comptes rendus incomplets, non conformes ou rédigés a posteriori ne sont pas fondés et au demeurant il satisfait désormais aux exigences de la caisse sur ce point ;
- s'agissant de l'exérèse, le grief n'est pas fondé, et il n'y a eu aucune volonté de frauder;
- il n'a pas méconnu les règles de facturation du « forfait dermatologique de sécurité », la plupart des lésions présentant effectivement des anomalies, confirmées par l'anatomopathologie ;
- les griefs de non-respect du codage, de facturation d'actes non remboursables, de non-respect des règles de facturation s'agissant des majorations enfant et des actes régulés doivent être écartés, dès lors notamment qu'il n'a pas entendu frauder et qu'il s'agit de simples erreurs liées à son ignorance de règles complexes de cotation et de prise en charge ;
- le grief d'abus d'actes doit être écarté, dès lors qu'il satisfait désormais aux exigences prescrites en matière de comptes rendus ;
- le grief tiré d'un manquement déontologique n'est pas fondé, son site web se bornant à présenter au public son activité professionnelle ;
- le moyen d'ordre public tiré de l'irrecevabilité des conclusions incidentes formées par la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie est fondé ;

2° Par une requête et des mémoires, enregistrés les 9 août et 14 septembre 2017 et le 30 mars 2018, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie, demande à la Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins de fixer une sanction proportionnée aux manquements constatés, sans sursis, et de la publier ;

3° Par une requête, enregistrée les 11 août et 26 septembre 2017, la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, demande à la Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins de confirmer la sanction et de rejeter l'appel du Dr A ;

Vu la décision attaquée ;

Par lettres du 14 mars 2018 les parties ont été informées que, par application des dispositions de l'article R 611-7 du code de justice administrative, la décision de la section des assurances sociales était susceptible d'être fondée sur le moyen, relevé d'office, tiré de l'irrecevabilité des conclusions incidentes formées par la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie ;

Vu l'ordonnance en date du 12 février 2018, par laquelle le président de la

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 3 -

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins fixe au 12 mars 2018 la date de la clôture de l'instruction de l'affaire ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 4127-1 et suivants ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.145-1 à L.145-9 et R.145-4 à R.145-68 ;

Vu les dispositions du décret n° 48-1671 du 26 octobre 1948 maintenues en vigueur par les dispositions de l'article 8 du décret n° 2013-547 du 26 juin 2013 ;

Vu la nomenclature générales des actes professionnels ;

Vu la classification commune des actes médicaux ;

Après avoir entendu en séance publique :

- Le Dr Rio, en la lecture de son rapport ;

- Me Ribes, avocat, en ses observations pour le Dr A et le Dr A en ses explications orales ;

- le Dr Roux médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Isère

Le Dr A ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE

1. Considérant que le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie, d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, d'autre part, ont, suite à une analyse d'activité, porté plainte contre le Dr A, spécialiste en médecine générale, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes de l'Ordre des médecins ; que, par une décision n° 1001 du 2 juin 2017, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes a infligé au Dr A la sanction de l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant un an, dont quatre mois avec sursis, avec publication de la sanction, en application de l'article L 145-1 du code de la sécurité sociale ; que le Dr A, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie et la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie relèvent appel de cette décision ;

Sur la recevabilité de l'appel de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie :

2. Considérant que la requête, de surcroît non motivée et se bornant à conclure au maintien de la sanction, de la caisse primaire d'assurance maladie, a été enregistrée le 11 août 2017, au-delà du délai d'appel prévu à l'article R 145-59 du code de la sécurité sociale ; que de telles conclusions sont irrecevables ; que les écritures de la

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 4 -

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie doivent être réputées constituer sa défense dans le cadre de l'instance d'appel ;

Sur la régularité de la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance :

3. Considérant que, contrairement à ce qui est soutenu, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes a répondu à l'argumentation tirée des irrégularités qui auraient entaché, notamment au regard des droits de la défense, la procédure de contrôle d'activité, sans incidence étant à cet égard la circonstance qu'il n'aurait pas été spécifiquement répondu au moyen tiré de la méconnaissance de l'article 6-1 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ; que le moyen tiré de ce que la décision attaquée serait entachée à cet égard d'une insuffisance de motivation doit être, en tout état de cause, écarté ;

Sur la prescription de certains actes mentionnés dans la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie :

4. Considérant que la décision, qui n'est pas contestée sur ce point, a écarté les actes antérieurs au 17 février 2013, en tant qu'ils sont l'objet de la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute Savoie, comme prescrits ; que par suite, le moyen d'appel tiré par le Dr A de la prescription de certains actes visés dans cette plainte ne peut qu'être écarté ;

Sur la régularité de la procédure préalable :

5. Considérant que les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'enquête préalable à la saisine de la juridiction des assurances sociales sont, en tout état de cause, sans influence sur la régularité de la plainte formée contre le Dr A ; qu'il appartient au juge du contentieux du contrôle technique d'apprécier la valeur et la portée des éléments et pièces qui lui sont soumis, dans le cadre de la procédure contradictoire qui se déroule devant lui ; que les moyens tirés des diverses irrégularités qui entacheraient la procédure d'enquête préalable à la plainte, en violation de l'article 6-1 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des droits de la défense, du principe du contradictoire et des articles L 315-1 et R 315-1-1 du code de la sécurité sociale ne peuvent qu'être écartés comme inopérants ;

Sur les griefs :

En ce qui concerne le grief tiré de ce qu'auraient été facturés des actes ne correspondant pas à la réalité :

6. Considérant, d'une part, qu'il résulte de l'instruction que, dans le dossier n° 1, le Dr A a établi trois feuilles de soin antidatées pour quatre actes ;

7. Considérant, d'autre part, que, s'agissant du dossier n° 2, a été délivrée par le Dr A une prescription d'arrêt de travail datée du 2 août 2014, alors que le patient se trouvait en Italie ; que cet acte postdaté doit être regardé comme procédant d'une prescription de complaisance ; qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que cet acte, sur lequel est apposé le tampon du Dr A, sans mentionner un autre nom que le sien, aurait été rédigé par un médecin remplaçant ;

8. Considérant que les griefs mentionnés ci-dessus doivent être retenus ;

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 5 -

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Sur les comptes rendus d'examens codés par la classification commune des actes médicaux (CCAM) incomplets, non conformes à la réglementation ou rédigés ou complétés a posteriori :

9. Considérant qu'aux termes de l'article 1-5 des dispositions générales de la CCAM : *«Pour l'application de l'article 1-4, chaque acte doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et détaillé qui sert de document de liaison afin de faciliter la continuité des soins. Le compte-rendu doit comporter notamment : les renseignements d'ordre administratif, les renseignements d'ordre médical, l'indication de l'acte, les modalités techniques précises quand cela est nécessaire, les résultats quantitatifs et qualitatifs pertinents, les conclusions motivées. Il est accompagné éventuellement d'un tracé ou d'une iconographie approprié. Il est réalisé et signé par le médecin ayant pratiqué l'acte et peut être adressé au contrôle médical sur sa demande (...)»* ;

10. Considérant qu'il résulte de l'instruction que, dans les dossiers n^{os} 3 à 14, les comptes rendus sont incomplets, imprécis ou succincts ; que certains ont été complétés a posteriori, le dossier n^o 4, en particulier, révélant des discordances par rapport au compte rendu initial ; que le grief est retenu ;

En ce qui concerne le grief tiré de la réalisation d'actes nécessitant des compétences de spécialiste, sans compte rendu anatomo-pathologique et sans respecter les recommandations de sécurité, faisant ainsi courir au patient des risques injustifiés :

11. Considérant qu'il résulte de l'instruction que, dans le dossier n^o 14, le Dr A aurait dû, conformément notamment aux recommandations de la HAS sur la stratégie de diagnostic précoce du mélanome, adresser le patient, pour lequel il avait diagnostiqué cette pathologie, à un spécialiste en dermatologie ; qu'en outre, il ne s'est pas assuré de la réalisation effective de l'examen anatomo-pathologique ; que le grief doit être retenu dans ce dossier ;

12. Considérant que, dans le dossier n^o 20, concernant une simple ablation de verrues, le Dr A pouvait y procéder en sa qualité de médecin généraliste, sans diligenter un examen anatomo-pathologique ;

13. Considérant que dans les dossiers n^{os} 4, 15 à 19 et 21, concernant des nævi, si le Dr A pouvait procéder à leur ablation, sous réserve de faire réaliser un examen anatomo-pathologique, les comptes rendus opératoires sont soit imprécis, soit insuffisants, s'agissant notamment de la dimensions de la lésion et de la zone d'exérèse ce qui ne permet pas de s'assurer que les exérèses ont été réalisées dans les règles de l'art ; que, dans les dossiers n^{os} 4, 15 et 17, il ne résulte pas de l'instruction qu'il se soit assuré de la réalisation d'un examen anatomo-pathologique ;

14. Considérant que le grief mentionné ci-dessus doit être retenu dans cette mesure ;

En ce qui concerne le grief de facturation d'exérèses de lésions cutanées à visée esthétique :

15. Considérant que, dans le dossier n^o 16, il ne résulte pas de l'instruction que l'ablation d'un nævus, de caractère inflammatoire, était exclusivement motivée par des motifs esthétiques ;

16. Considérant, en revanche, que, dans les dossiers n^{os} 22 à 28, les interventions réalisées au vu de la description qui en est faite dans les comptes rendus opératoires, doivent être regardées, eu égard à leur nature et à leur taille, comme

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 6 -

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

poursuivant une finalité esthétique et non pas thérapeutique, en méconnaissance des prescriptions de la CCAM ;

17. Considérant que ce grief doit être retenu, dans cette mesure ;

En ce qui concerne le grief tiré du non-respect des règles de facturation du « forfait dermatologique de sécurité » :

18. Considérant qu'il résulte de la décision UNCAM du 19 janvier 2009, figurant dans les dispositions générales de la CCAM, que le forfait dermatologique de sécurité ne peut être appliqué en dehors d'une liste limitative de codes CCAM ; que, dans le dossier n° 29, concernant 25 actes, le Dr A a facturé le forfait dermatologique de sécurité en association à des actes ne figurant pas dans cette liste ; que le grief doit être retenu ;

En ce qui concerne le grief tiré du non-respect du codage CCAM et de la surcotation d'actes :

19. Considérant que, dans les dossiers n°s 30 à 35 et 46, le grief tiré du non-respect du codage CCAM et de la surcotation d'actes doit être écarté, dès lors qu'il ne résulte pas de l'instruction que les actes dont s'agit auraient été facturés selon la codification reprochée ;

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non remboursables par l'assurance maladie :

20. Considérant, d'une part, que le Dr A, dans le dossier n° 40, a facturé un acte d'ionophorèse qui n'est pas remboursable par l'assurance maladie ;

21. Considérant, d'autre part, que l'article 1-6 des dispositions générales de la CCAM dispose que ; « *Pour les actes techniques médicaux de la liste, chaque libellé décrit un acte global qui comprend l'ensemble des gestes nécessaires à sa réalisation dans le même temps d'intervention ou d'examen, conformément aux données acquises de la science et au descriptif de l'acte dans la liste (...)* ».

22. Considérant que, dans les dossiers n°s 14, 16, 18, 38, 39, qui avaient donné lieu à une facturation en C, le Dr A a facturé en plus une ablation de fils post opératoire incluse dans l'acte initial et donc non remboursables par l'assurance maladie ; qu'en revanche, dans les actes visés dans les dossiers n°s 27, 36 et 37, facturés en actes CCAM, le grief n'est pas établi au vu des « images décompte » ;

23. Considérant que le grief mentionné ci-dessus doit être retenu, dans cette mesure ;

En ce qui concerne le grief tiré du non-respect des conditions de facturation de suivi des enfants de moins de 6 ans (majorations MNO et MGE) :

24. Considérant qu'il résulte de l'article 14-4-2 de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) que les majorations MNO et MGE sont notamment subordonnées à la mise à jour du carnet de l'enfant ; qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que tel a été le cas dans le dossier n° 41, concernant 32 actes ; que le grief doit être retenu ;

En ce qui concerne le grief de facturation d'actes de garde régulés, sans être inscrit sur la liste officielle de la permanence des soins :

25. Considérant qu'il résulte de l'instruction que le Dr A a facturé des

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 7 -

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

majorations pour intervention régulée en garde, alors qu'il n'était pas inscrit sur la liste officielle de la permanence des soins ambulatoires et n'a en conséquence pas été appelé par le médecin régulateur ; que le grief doit être retenu ;

En ce qui concerne le grief d'actes réalisés sans s'être entouré de l'avis de spécialistes :

26. Considérant que la matérialité de ce grief, dans les dossiers n^{os} 4, 27, 28, 37, 40, et 43 à 47 n'est pas établie, les actes décrits, eu égard à la nature des lésions en cause, pouvant être réalisés par un médecin généraliste ;

En ce qui concerne le grief tiré d'une publicité illicite sur le site Internet du praticien, en méconnaissance de ses obligations déontologiques :

27. Considérant qu'il ne résulte pas de l'instruction que les informations destinées au public sur l'activité professionnelle du Dr A figurant sur son site Internet procédaient d'une démarche publicitaire proscrite par le code de déontologie des médecins ; que le grief doit être écarté ;

28. Considérant que les irrégularités ci-dessus retenues à l'encontre du Dr A constituent des fautes au sens de l'article L 145-1 du code de la sécurité sociale susceptibles de justifier l'une des sanctions énumérées à l'article L 145-2 du même code ; qu'il ne peut utilement exciper de ce que ses manquements ne revêtaient pas un caractère intentionnel ; qu'eu égard au grand nombre d'actes irréguliers et à la méconnaissance grave et répétée des dispositions relatives aux règles de facturation, que ce praticien ne pouvait sérieusement prétendre ignorer, il sera fait une juste appréciation de ces manquements en le condamnant à la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois, dont trois mois avec sursis, assortie d'une publication de la sanction ;

29. Considérant que les dispositions de l'article L 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, qui n'est pas partie perdante dans la présente instance, la somme que demande le Dr A au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1^{er} : Il est infligé au Dr A la sanction de l'interdiction temporaire du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de six mois, assortie d'un sursis de trois mois.

Article 2 : L'exécution de la sanction prendra effet le 1^{er} septembre 2018 à 0 h et cessera de porter effet le 30 novembre 2018 à minuit.

Article 4 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de la Haute-Savoie, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une période de trois mois à compter du 1^{er} septembre 2018.

Article 5 : La décision n° 1001 du 2 juin 2017 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 8 -

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Article 6 : Les conclusions incidentes de la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie sont rejetées ;

Article 7 : Les conclusions présentées par le Dr A au titre de l'article L 761-1 du code de justice administrative sont rejetés.

Article 8 : La présente décision sera notifiée au Dr A, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Haute-Savoie, à la caisse primaire d'assurance maladie de Haute-Savoie, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes, au conseil départemental de Haute-Savoie de l'Ordre des médecins, au directeur général de l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 17 avril 2018, où siégeaient M. DELION, Conseiller d'Etat, président ; M. le Dr AHR et M. le Dr DESEUR, membres titulaires, membres suppléants, nommés par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; Mme le Dr RIO et M. le Dr HOUSSINOT, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 15 mai 2018.

LE CONSEILLER D'ETAT
PRESIDENT DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

F. DELION

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. DESEUR