

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

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Dossier n° **5216**

Dr A

Séance du **8 décembre 2016**

Lecture du **23 février 2017**

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

Vu, enregistrés au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins le 22 mai 2015, la requête et le mémoire présentés par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Maine-et-Loire, dont l'adresse postale est 11 rue de la Rame, CS60001, 49930 ANGERS CEDEX 9, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 3 avril 2015, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des Pays-de-la-Loire de l'Ordre des médecins, a rejeté sa plainte tendant à ce que soit prononcée à l'encontre du Dr A, qualifié spécialiste en stomatologie, l'une des sanctions prévues à l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale et à ce qu'il soit condamné à rembourser la somme de 1862 euros à la caisse primaire d'assurance maladie de Maine-et-Loire,

par les motifs que les premiers juges ont commis une erreur de droit en estimant que la plainte était fondée sur une analyse de l'activité du Dr A effectuée par un médecin-conseil non spécialisé en stomatologie chirurgicale, ce qui introduit un discrédit injustifié à l'égard de la qualité de cette analyse ; que, de même, c'est à tort qu'ils ont retenu la cotation KC80 pour une germectomie de dent de sagesse, le vieillissement des clichés radiographiques produits en ayant altéré la qualité ; qu'ils ont omis de prendre en compte le grief d'identification erronée des radiographies ainsi que l'absence de compte rendu opératoire ; que c'est à tort qu'ils ont considéré que l'établissement dans lequel exerce le praticien, et non celui-ci, était responsable des doubles facturations relevées ; que, s'ils ont reconnu des anomalies en ce qui concerne la globalisation des cotations, celles-ci n'ont pas été sanctionnées ; qu'ils ont fait une inexacte appréciation des moyens de preuve présentés par le médecin-conseil plaignant ; qu'il conviendra, en conséquence, de reconnaître le Dr A coupable des faits reprochés et de lui infliger une sanction ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 31 août 2015, le mémoire présenté pour le Dr A ; il tend au rejet de la requête par les motifs qu'en ce qui concerne les griefs qui lui sont reprochés, il est noté d'abord que l'analyse de son activité a été réalisée par un médecin-conseil qui n'avait ni la même qualification, ni la même spécialisation que lui ; que, pour ce qui est du grief de pratiques non conformes aux données acquises de la science, il est soutenu que pour les interventions sinusiennes, dont les dossiers sont repris un à un, les patients étaient atteints d'une symptomatologie sans pour autant souffrir de sinusite aiguë ; pour l'absence de prélèvements en vue d'analyses bactériologiques, les prescriptions du Dr A étaient conformes et justifiées au regard de la pathologie présentée ; pour les thérapeutiques ne répondant pas aux recommandations de bonne pratique, les prescriptions d'anti-inflammatoires associées à un antibiotique restent sous l'appréciation du médecin ; pour l'absence d'examen anatomopathologique, une pratique systématique sans point d'appel clinique serait contraire au principe de l'utilité de la prescription ; pour la qualité des radiographies panoramiques, la question posée n'est pas celle d'une mauvaise réalisation des clichés ou des fixations défailtantes, mais la constatation d'une perte de qualité des clichés avec le temps ; pour les prescriptions médicamenteuses d'anti-inflammatoires, ce grief semble avoir été

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

- 2 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

abandonné par le médecin-conseil appelant, mais en tout état de cause, le Dr A expose qu'il réalise ses prescriptions conformément aux nécessités et particularités présentées par chaque patient ; que, pour ce qui est du grief de facturation d'actes dont la matérialité n'est pas établie, il est constaté qu'il n'en est pas fait état dans l'appel ; que, pour le non respect des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et de la classification commune des actes médicaux (CCAM), il s'agit soit d'erreurs de cotation involontaires, soit de l'utilisation d'une cotation justifiée par une difficulté technique particulière, et, s'agissant d'informations manquantes, le Dr A a aussitôt effectué les corrections nécessaires ; que pour les doubles facturations d'actes, il ne peut en être responsable, puisque les erreurs ont été commises par la clinique qui procédait aux facturations ; outre le rejet de l'appel, il est demandé que le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Maine-et-Loire soit condamné à verser au Dr A la somme de 3 000 euros au titre des frais irrépétibles ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus la correspondance par laquelle le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Maine-et-Loire fait connaître qu'il n'a pas d'observation à présenter ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

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 modifié, relatif au fonctionnement des conseils de l'Ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et de la section disciplinaire du Conseil national de l'Ordre des médecins maintenues en vigueur par les dispositions de l'article 8 du décret n° 2013-547 du 26 juin 2013 ;

Vu la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux fixée par l'arrêté du 27 mars 1972 modifié ;

Vu la classification commune des actes médicaux ;

Après avoir entendu en séance publique :

- Mme le Dr RIO en la lecture de son rapport ;

- Mme le Dr SARRAF, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Maine-et-Loire ;

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

Le Dr A ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

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

- 3 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle effectué sur l'activité du Dr A, qualifié spécialiste en stomatologie, entre le mois de juin 2011 et le mois d'octobre 2012, des anomalies ont été relevées dans la réalisation de ses actes et prescriptions et dans les facturations qu'il a établies et qui ont été prises en charge par l'assurance maladie ;

Sur la régularité de la saisine par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Maine-et-Loire devant la juridiction de première instance :

Considérant qu'il ressort des termes mêmes de la plainte du médecin-conseil enregistrée le 4 juin 2014 au secrétariat de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des Pays-de-la-Loire de l'Ordre des médecins que celle-ci précisait pour les patients en cause les dates des faits reprochés grief par grief ; qu'ainsi le moyen tiré de ce qu'elle n'aurait pas été suffisamment motivée manque en fait ;

Sur les griefs :

Considérant, en premier lieu, qu'il est reproché au Dr A des pratiques non conformes aux données acquises de la science, en méconnaissance de l'obligation mentionnée à l'article R 41-32 du code de la santé publique ; qu'il en est ainsi dans sept dossiers (n^{os} 8, 11, 12, 13, 16, 17 et 19) qui montrent la réalisation et la facturation de sinusotomies dans des cas de sinusite, ainsi qu'il en est fait mention dans le compte-rendu opératoire (CRO), mais sans que le praticien ait réalisé le bilan et le traitement recommandés par les référentiels médicaux tels qu'indiqués par l'AFSAAPS ; qu'il en va de même pour cinq dossiers (n^{os} 12, 13, 16, 17 et 19) dans lesquels on constate l'absence de prélèvements pour l'analyse bactériologique des sécrétions purulentes mentionnées dans les CRO des sinusotomies pratiquées ; pour les dossiers n^o 6, correspondant à un patient diabétique pour lequel aurait été indispensable un traitement par antibiotiques, et n^o 9, nécessitant une bi antibiothérapie et non un traitement par AINS, les thérapeutiques mises en œuvre par le Dr A ne répondant pas aux recommandations de bonnes pratiques ; pour onze dossiers (n^{os} 2, 3, 4, 5, 6, 8, 11, 12, 13, 15 et 20) dans lesquels les patients n'ont bénéficié d'aucun examen anatomopathologique effectué au décours d'exérèse de tumeurs et pseudo tumeurs de la cavité buccale ; pour des prescriptions d'antibiothérapies prophylactiques, qui, selon les recommandations de l'AFSAPSS, doivent faire l'objet d'une prise unique du médicament chez l'adulte, alors que le Dr A l'a prescrit pour neuf jours (n^{os} 1, 7, 9, 10, 14, 5, 19, 2, 4, 18, 8, 11, 13 et 17) ou pour douze jours (n^{os} 12 et 16), ses prescriptions comportant de façon systématique la mention « à renouveler si nécessaire » ; pour des prescriptions d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) avec une durée de neuf jours au lieu de trois à sept jours selon leur AMM (n^{os} 1, 2, 5, 7, 9, 10, 11, 14, 15 et 18), ou alors qu'ils étaient contre indiqués (n^{os} 8, 16 et 17) ; qu'il y a lieu cependant d'exclure de ce grief le reproche de 21 radiographies panoramiques inexploitable dans 14 dossiers (n^{os} 1, 4 à 9, 11 à 14, 16, 19 et 20), alors que leur examen montre que, bien que de mauvaise qualité, elles restent exploitables ;

Considérant en second lieu qu'il est fait grief au Dr A d'avoir facturé des actes dont la matérialité n'est pas établie ; que tel est le cas dans le dossier n^o 10 pour un acte du 25 avril 2012, dans lequel aucune radiographie n'est fournie ; qu'en revanche doivent être écartés d'une part le dossier n^o 2, le médecin-conseil ayant entendu limiter sa saisine à une période de contrôle débutant en juin 2011 et l'acte ayant été facturé le 28 avril 2011, et d'autre part, le dossier n^o 6, en l'absence d'élément convaincant ;

- 4 -

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

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Considérant enfin, qu'il est relevé à l'encontre du Dr A des manquements aux règles fixées par la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la classification commune des actes médicaux (CCAM) en matière de facturation d'actes ; qu'en ce qui concerne la méconnaissance des dispositions des articles 1 et 2 de l'article 11 B de la nomenclature générale des actes professionnels, seuls peuvent être retenus les dossiers n^{os} 15 et 20 dans lesquels il a indiqué lui-même la cotation erronée sur le compte rendu opératoire, les dossiers n^{os} 2, 5, 7, 9, 10 et 15 devant être écartés en raison d'une erreur de cotation administrative pour laquelle sa responsabilité ne semble pas certaine ; que, dans un cas (n^o 18), il résulte du compte rendu anatomopathologique et de l'examen clinique du patient que l'acte pratiqué devait être coté HAFA008 et non KC 80 correspondant à la réfection partielle d'une lèvre détruite par une tumeur qui n'avait pas été réalisée ; que, en revanche, il n'y a pas lieu de retenir les dossiers n^{os} 2 (pour l'acte du 7.07.11), 5, 7, 9, 10, 1, 14 et 19 dans lesquels s'agissant d'extractions de dents ectopiques, la facturation KC 80 qu'il a appliquée était justifiée ; que, de même, dans le dossier n^o 19, il ne peut être reproché au Dr A d'avoir facturé l'acte réalisé avec la cotation LCJA003 ; que, alors que la nomenclature générale des actes professionnels précise que, pour les actes de radiodiagnostic, le compte rendu doit notamment mentionner le nom du praticien, celui du patient, et la date de réalisation de l'acte, le Dr A n'en a établi aucun de façon à ce qu'y figurent toutes les mentions conditionnant la prise en charge des actes correspondant dans les dossiers n^{os} 1, 5, 6, 8, 11, 12, 19, 7, 13, 16, 9, 20, 4 et 14 ; qu'enfin sont constatées des doubles facturations d'actes dans les dossiers n^{os} 2 et 5 ;

Considérant que les faits retenus ci-dessus à l'encontre du Dr A constituent des fautes et abus au sens des dispositions de l'article L 145-1 du code de la sécurité sociale susceptibles de lui valoir une sanction en application de l'article L 145-2 du même code ; qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de son comportement fautif en lui infligeant la sanction d'une interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de deux mois, avec le bénéfice du sursis ; qu'il y a lieu, en outre, de le condamner à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie de Maine-et-Loire la somme de 1017,63 euros constituant des honoraires abusifs qu'il a perçus résultant de facturation d'actes et de surcotations injustifiées ;

Sur les conclusions du Dr A tendant à l'application de l'article L 761-1 du code de justice administrative :

Considérant qu'il y a lieu de rejeter les conclusions du Dr A tendant à ce que lui soit versée la somme de 3 000 euros par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Maine-et-Loire, celui-ci n'étant pas la partie perdante dans la présente affaire ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1^{er} : Il est infligé au Dr A la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux mois assortie du bénéfice du sursis.

Article 2 : Le Dr A devra reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de Maine-et-Loire la somme de 1017,63 euros.

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

- 5 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Article 3 : La décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des Pays-de-la-Loire de l'Ordre des médecins, en date du 3 avril 2015, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 : Les conclusions du Dr A, tendant à l'application des dispositions de l'article L 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 5 : La présente décision sera notifiée au Dr A, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Maine-et-Loire, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance des Pays-de-la-Loire de l'Ordre des médecins, au conseil départemental de Maine-et-Loire de l'Ordre des médecins, au directeur général de l'Agence régionale de santé des Pays-de-la-Loire, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 8 décembre 2016, où siégeaient M. SAUZAY, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. le Dr ROUSSELOT et M. le Dr MIRE, 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 23 février 2017.

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

P. SAUZAY

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. DESEUR