

## **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° **5098**

**Dr A**

Séance du **20 juin 2017**

Lecture du **5 juillet 2017**

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

1°), Vu la décision n° 398325 en date du 15 mars 2017 par laquelle le Conseil d'Etat, statuant au contentieux, a, d'une part annulé la décision n° 5098 en date du 28 janvier 2016 par laquelle la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins a statué en appel sur les requêtes présentées par le Dr A, qualifiée spécialiste en dermatologie vénéréologie, et par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne, dont le siège est 29 boulevard Roosevelt, CS 40606, 02323 SAINT-QUENTIN CEDEX, conjointement avec le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne, dont l'adresse postale est CS 40606, 02323 SAINT-QUENTIN CEDEX, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 7 novembre 2013, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Picardie, statuant sur leurs plaintes, a prononcé à l'encontre du Dr A la sanction du blâme avec publication pendant trois mois, et, d'autre part, renvoyé l'affaire devant la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins ;

2°), Vu, enregistrés au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins les 7 janvier 2014 et 7 février 2014, la requête et le mémoire présentés conjointement par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne, tendant à ce que la section réforme la décision, en date du 7 novembre 2013, susmentionnée de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Picardie,

par les motifs que, en ce qui concerne le grief de facturation d'actes non médicalement justifiés ou non conformes aux données actuelles de la science il est précisé que les deux sapiteurs qui ont comparé les comptes-rendus du Dr A et les déclarations des assurés concernés ont conclu à l'absence de justification médicale des actes réalisés, en admettant même qu'ils l'aient été ; qu'il n'est pas possible que les patientes les aient complètement oubliés, d'autant que ces actes ont été effectués sous et entre les seins, c'est-à-dire sur une partie du corps n'échappant pas à la zone de vision ; que, pour le grief de non-respect des dispositions générales de la classification commune des actes médicaux (CCAM), il s'agissait d'actes facturés comme actes de chirurgie devant faire l'objet d'un compte-rendu opératoire, lequel est absent pour les dossiers en cause ; qu'en ce qui concerne le grief de cotations non conformes à la CCAM, dès lors qu'aucune excision n'a été réalisée, les cotations appliquées l'ont été en méconnaissance des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) ; qu'il y a lieu, en conséquence, d'aggraver la sanction infligée au Dr A ;

Vu la décision attaquée ;

3°), Vu, enregistrés comme ci-dessus le 8 janvier 2014, la requête et le mémoire présentés pour le Dr A ; ils tendent à ce que soit annulée la décision du 7 novembre 2013 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Picardie ci-dessus analysée en raison de la nullité de la procédure suivie pendant la période de l'analyse de l'activité du Dr A précédant la plainte conjointe de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne, et subsidiairement, à ce

**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

que soit rejetée cette plainte, par les motifs, en premier lieu, que, en ce qui concerne le grief d'actes non médicalement justifiés et non conformes aux données actuelles de la science, l'impartialité des sapiteurs, désignés unilatéralement et sans respecter le principe du contradictoire, doit être mise en cause, d'autant qu'ils ont outrepassé leur mission en suggérant l'existence d'actes fictifs ; que la pratique du Dr A, qui aboutit à de très bons résultats, est justifiée dans la mesure où les exérèses réalisées, seulement si nécessaire, permettent un meilleur dépistage, l'exérèse par électrocoagulation n'étant pas douloureuse et ne nécessitant jamais d'anesthésie locale, quel que soit le nombre de lésions traitées au cours d'une consultation ; qu'en ce qui concerne le grief de facturation d'actes dont la matérialité ne serait pas établie si c'est à juste titre que les premiers juges ont écarté le reproche de ne pas avoir rédigé de comptes-rendus opératoires standardisés lorsque le Dr A pratique des exérèses de lésions constatées superficielles, c'est à tort que ceux-ci ont retenu comme fautif le fait d'avoir rédigé des notes manuscrites non conformes aux dispositions de l'article 1-5 de la CCAM, car les plaignants n'avaient pas soulevé ce point, la décision contestée devant en conséquence être annulée à cet égard ; qu'ainsi les plaintes présentées conjointement doivent être rejetées, aucune sanction ne pouvant être infligée au Dr A ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 24 juillet 2015, le courrier du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne faisant parvenir la table de concordance relative à sa saisine ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 13 août 2015, la correspondance adressée par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne indiquant que son directeur peut saisir la section des assurances sociales sans délibération préalable de son conseil d'administration ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 22 septembre 2015, la correspondance par laquelle la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne transmet la copie de la décision nommant Mme B directrice par intérim de cette caisse primaire ;

Vu, la correspondance en date du 30 septembre 2015, par laquelle le secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins informe les parties qu'en application de l'article R 611-7 du code de justice administrative la décision à intervenir est susceptible d'être fondée sur un moyen d'ordre public, et leur précise que ce moyen est tiré de ce que les griefs reprochés au Dr A portent en partie sur des faits antérieurs au délai de prescription de trois ans tel que prévu à l'article R 145-17 du code de la sécurité sociale ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 1<sup>er</sup> décembre 2015, le mémoire présenté pour le Dr A ; il tend aux mêmes fins que sa requête avec les mêmes moyens ; il est conclu en outre que la requête conjointe du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne et de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne est irrecevable, comme n'ayant pas été introduite dans le délai d'appel de deux mois ; que, en raison du délai de prescription des faits datant de plus de trois ans, doivent être écartés comme irrecevables les actes reprochés antérieurs au 11 octobre 2009 ; que, pour ce qui est des griefs écartés par les premiers juges, mais repris par les plaignants en appel, quant à la facturation d'actes fictifs, il est affirmé que les comptes rendus d'audition des patients ne sont pas probants dès lors qu'ils ont été rédigés par le médecin-conseil à partir de leurs souvenirs plus d'un an après la réalisation des actes ; que les comptes-rendus opératoires ne s'imposaient pas pour les actes réalisés en l'absence d'anesthésiste, d'hospitalisation ou d'examen biologique, et que les cotations d'actes étaient conformes à la CCAM ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 3 décembre 2015, le mémoire conjoint présenté par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et le médecin-conseil chef

**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

de service de l'échelon local de l'Aisne pour affirmer que le moyen tiré par le Dr A de l'irrégularité de la procédure ne pourra qu'être rejeté ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 8 juin 2017, le mémoire conjoint par lequel la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne maintiennent l'ensemble des griefs et demandent la confirmation de la sanction prononcée en première instance ;

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 ;

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 :

- Le Dr GASTAUD en la lecture de son rapport ;

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

- Mme le Dr BENLOUNES, médecin-conseil, en ses observations pour la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne ;

Le Dr A ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la recevabilité de l'appel conjoint de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne :

Considérant qu'aux termes de l'article R 145-59 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du décret du 26 juin 2013 relatif à l'organisation et au fonctionnement des juridictions du contentieux du contrôle technique des professionnels de santé, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> septembre 2013 : « *le délai d'appel est de deux mois à compter de la notification de la décision. L'auteur d'une requête ne contenant l'exposé d'aucun moyen ne peut la régulariser par le dépôt d'un mémoire exposant un ou plusieurs moyens que jusqu'à l'expiration du délai de recours* » ; que, cependant, la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de

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

- 4 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

l'Aisne, auxquels la décision du 7 novembre 2013 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Picardie a été notifiée le 7 novembre 2013, n'ont présenté une requête d'appel contenant l'exposé de leurs moyens que par un mémoire conjoint en date du 7 février 2014, soit après le délai de deux mois mentionné par les dispositions ci-dessus rappelées ; qu'ainsi leur requête est tardive et donc irrecevable ;

Sur la prescription :

Considérant qu'aux termes de l'article R 145-17 du code de la sécurité sociale, devenu l'article R 145-22 : « *Les sections des assurances sociales des conseils régionaux ou interrégionaux des médecins sont saisies (...) dans le délai de trois ans à compter de la date des faits* » ; qu'il résulte des énonciations de la décision attaquée que la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Picardie a retenu, à l'encontre du Dr A dans les actes et prescriptions qu'elle a facturés, des irrégularités antérieures au 11 octobre 2009 alors que la plainte n'avait été enregistrée que le 11 octobre 2012 devant cette juridiction et que les éventuels fautes, abus ou fraudes commis à l'occasion de ces faits étaient ainsi atteints par la forclusion prévue par l'article R 145-17 du code de la sécurité sociale ; qu'ainsi, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Picardie a entaché sa décision d'une erreur de droit en ne relevant pas d'office le moyen, qui ressortait de sa propre analyse des pièces du dossier, tiré de l'irrecevabilité de la plainte en tant qu'elle portait sur ces faits ; que, par suite, sa décision doit être annulée ;

Considérant que l'affaire est en l'état ; qu'il y a lieu d'évoquer et de statuer immédiatement sur la plainte présentée par la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne à l'encontre du Dr A ;

Sur la procédure préalable au dépôt de la plainte conjointe de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne :

Considérant que les conditions dans lesquelles se sont déroulés les contrôles de l'activité du Dr A préalablement au dépôt de la plainte sont sans influence sur la régularité de la saisine de la juridiction ordinaire ; qu'il appartient seulement à celle-ci d'apprécier la valeur et la portée des éléments qui lui sont soumis dans le cadre du débat contradictoire qui se déroule devant elle et au vu, en particulier, de l'ensemble des explications fournies par le professionnel de santé en cause ;

Sur les griefs :

Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle effectué sur l'activité du Dr A pendant la période du 1<sup>er</sup> novembre 2008 au 31 octobre 2011, des anomalies ont été relevées dans les actes et les prescriptions qu'elle a facturés et qui ont fait l'objet de remboursements par l'assurance maladie ;

Considérant, en premier lieu, qu'il ressort de l'instruction que, dans cinquante dossiers (n<sup>os</sup> 1 à 50), le Dr A a effectué sur les patients en cause des exérèses de lésions superficielles (codes QZFA031 et QZFA003) ou des destructions de lésions cutanées superficielles par électrocoagulation (QZMP025) sans que ces actes soient justifiés par une symptomatologie médicale ; qu'elle qualifie elle-même cette pratique de systématique, comme l'ont d'ailleurs estimé les sapiteurs consultés par les plaignants,

**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

sans qu'aucun référentiel scientifique n'en établisse la nécessité ; qu'ainsi doit être considéré comme établi le grief d'actes non médicalement justifiés et non conformes aux données actuelles de la science, en méconnaissance des dispositions de l'article R 4127-32 du code de la santé publique ;

Considérant, en second lieu, qu'il est reproché au Dr A d'avoir facturé des actes dont la matérialité n'est pas établie ; qu'il en est ainsi pour dix dossiers (n<sup>os</sup> 2, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18 et 30) dans lesquels il est relevé que la réalisation effective des actes facturés par elle comme des excisions de lésions cutanées ou d'électrocoagulation n'est corroborée ni par les patients eux-mêmes, entendus par des agents assermentés, ni par les sapiteurs, soit qu'il n'y ait aucune destruction, soit que les destructions aient porté sur des zones différentes de celles indiquées par le Dr A ; qu'en revanche l'existence de telles anomalies ne peut être établie pour les dossiers n<sup>os</sup> 13, 16 et 17, qu'il y a donc lieu de ne pas retenir au titre de ce grief ;

Considérant, en troisième lieu, que, dans les cinquante dossiers en cause (n<sup>os</sup> 1 à 50), le Dr A a facturé des actes d'exérèse de lésion cutanée superficielle en utilisant les codes QZFA003, QZFA031 et QZFA036, prévus pour des actes de chirurgie ; que, pour de tels actes, la Haute Autorité de Santé (HAS) considère que doit être établi un compte-rendu opératoire ; que cependant le Dr A n'en a établi aucun ;

Considérant, enfin, que, dans six dossiers (n<sup>os</sup> 11, 33, 34, 35, 38 et 47), il est relevé que le Dr A a, de façon non conforme à la CCAM, appliqué des cotations QZFA003, QZFA031 et QZFA036 prévues pour des actes de chirurgie ; qu'il ressort de l'instruction que les actes réalisés consistaient en des exérèses tangentielles de lésions cutanées, devant alors recevoir les cotations QZFA028 ou QZFA021 ; qu'ainsi le grief de cotations d'actes non conformes à la CCAM doit être considéré comme établi ;

Considérant que les faits ainsi retenus à l'encontre du Dr A ont le caractère de fautes et abus, et sont susceptibles de lui valoir le prononcé d'une sanction, en application des articles L 145-1 et L 145-2 du code de la sécurité sociale ; qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de son comportement fautif en infligeant à ce praticien la sanction du blâme avec publication pendant trois mois ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

**Article 1<sup>er</sup>** : La décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Picardie, en date du 7 novembre 2013, est annulée.

**Article 2** : Il est infligé un blâme avec publication au Dr A.

**Article 3** : La publication du blâme sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant une durée de trois mois à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017.

**Article 4** : La présente décision sera notifiée au Dr A, à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Aisne, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de l'Aisne, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Picardie de l'Ordre des médecins, au conseil départemental de l'Aisne de l'Ordre des médecins, au directeur général de l'Agence régionale de santé de Picardie, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

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

- 6 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 20 juin 2017, où siégeaient M. SAUZAY, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. le Dr AHR et M. le Dr DESEUR, membres titulaires, nommés par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; M. le Dr MICHEL, membre titulaire et M. le Dr GASTAUD, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 5 juillet 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