

**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° **5212**

Dr A

Séance du **13 décembre 2016**

Lecture du **22 février 2017**

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

Vu la procédure suivante :

Procédure contentieuse antérieure :

Le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes ont présenté respectivement les 28 avril et 15 mai 2014 des plaintes contre le Dr A, qualifié spécialiste en pédiatrie, devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Champagne-Ardenne de l'Ordre des médecins.

Par une décision n° 236 et 236 bis du 10 avril 2015 la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Champagne-Ardenne de l'Ordre des médecins a interdit au Dr A de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois et a condamné ce praticien à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes la somme de 76 430,22 euros au titre du trop perçu avec publication de cette décision pendant six mois dans les locaux de la caisse d'assurance maladie.

Procédure devant la section des assurances sociales du conseil national :

Par requêtes enregistrées le 30 avril et le 15 juin 2015, sous le n°5212, au secrétariat de la section des assurances du Conseil national de l'Ordre des médecins, le Dr A, représenté par Me HARIR, demande à la section :

1°) d'annuler la décision du 10 avril 2015 de la section des assurances de la chambre disciplinaire de première instance de Champagne-Ardenne de l'Ordre des médecins ;

2°) de rejeter la plainte formée à son encontre par le médecin-conseil et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie ;

3°) de condamner solidairement le service médical et la caisse primaire d'assurance maladie à la verser une somme de 5 000 euros au titre des dispositions de l'article L 761-1 du code de justice administrative ;

Il soutient que :

- il ne résulte pas des pièces du dossier que le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes ait été régulièrement habilité pour conduire l'analyse d'activité ;

- cette analyse a été conduite en méconnaissance du principe du contradictoire faute de mise à disposition du dossier avant l'entretien avec le service médical ;

- les représentants de la caisse primaire d'assurance maladie n'étaient pas régulièrement habilités ;

- le délai de trois mois prévu à l'article D 315-3 du code de la sécurité sociale n'a pas été respecté et le contenu de la lettre de notification des suites contentieuses est irrégulier ;

**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

- la procédure d'entretien s'est déroulée irrégulièrement ;
- il n'a pas été tenu compte des arguments en défense présentés devant la première instance notamment les motifs de son activité importante et la question des facturations ;
- les facturations a posteriori ne représentent pas des actes abusifs mais la régularisation d'actes qui n'avaient pas été précédemment réglés en raison de son absence de maîtrise de l'outil informatique ;
- devant cette situation particulière il appartenait à la caisse de procéder à des vérifications au niveau informatique ;
- les facturations pour majorations de nuit ne sont pas établies et ne relèvent pas de la juridiction ordinaire ;
- il en est de même pour la facturation d'actes techniques en CS ;
- le remboursement du trop perçu n'est pas au nombre des cas que l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale permet à la juridiction d'ordonner ;
- en tout état de cause cette somme sera réduite à 42 000 euros qui correspond à la demande initiale des plaignants ;
- la période d'interdiction retenue est sans proportion avec les faits reprochés ;

Vu la décision attaquée ;

Par un mémoire, enregistré le 2 juillet 2015, le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes conclut au rejet de la requête et au maintien de la sanction prononcée par les premiers juges.

Il fait valoir que :

- les conditions de la procédure d'analyse d'activité sont sans influence sur la régularité de la procédure devant la juridiction ;
- il appartient à la juridiction d'apprécier l'explication donnée sur les actes abusifs ;

Par un mémoire enregistré le 9 juillet 2015, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes conclut au rejet de la requête et au maintien de la sanction prononcée par les premiers juges.

Il fait valoir que :

- les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'enquête préalable sont sans incidence sur la recevabilité de la plainte ;
- les explications du Dr A sur l'absence de maîtrise de l'outil informatique sont à apprécier compte tenu du nombre d'actes fautifs ;

Par mémoire enregistré le 24 août 2015, le Dr A, représenté par Me HARIR, reprend les mêmes conclusions et les mêmes moyens que sa requête.

**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

Par un mémoire enregistré le 7 août 2015 le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes conclut au rejet de la requête par les moyens déjà formulés par son mémoire précédent auquel il se réfère.

Par mémoire enregistré le 22 mars 2016, le Dr A, représenté par Me HARIR, reprend les mêmes conclusions et les mêmes moyens que sa requête. Il demande en outre à titre subsidiaire d'ordonner avant dire droit une expertise informatique afin d'analyser et de vérifier les données informatiques ayant servi à l'établissement du dossier de plainte.

Par un mémoire enregistré le 2 mai 2016 le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes conclut au rejet de la requête. Il fait valoir en outre que l'analyse d'activité a été menée dans le respect des dispositions du code de la sécurité sociale.

Vu les autres pièces du dossier

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu la convention européenne de sauvegarde 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 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 loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés ;

Après avoir entendu en séance publique :

- Le Dr GUERY en la lecture de son rapport ;

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

- Mme le Dr SEYER, médecin-conseil, en ses observations le médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes ;

- M. SEREIN, représentant la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes, en ses observations ;

Le Dr A ayant eu la parole en dernier ;

**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

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1 - Considérant qu'à la suite de l'analyse de l'activité du Dr A, qualifié spécialiste en pédiatrie, des anomalies ont été relevées dans les demandes de remboursements d'actes réalisés par ce praticien au cours de la période du 1^{er} octobre 2011 au 30 juin 2012 concernant 23 assurés et leurs familles qui ont fait l'objet de plaintes du médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes et de la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes ; que le Dr KREDIEH fait appel de la décision du 10 avril 2015 par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Champagne-Ardenne de l'Ordre des médecins lui a infligé la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie une somme de 76 430,22 euros au titre des abus d'honoraires ;

Sur la régularité des plaintes :

2 - Considérant que le Dr KREDIEH n'apporte à l'appui de son argumentation selon laquelle les contrôles effectués sur le fondement de l'article L 315-1 du code de la sécurité sociale n'auraient pas été réalisés par un médecin conseil et des agents de la caisse primaire dûment habilités aucune précision permettant d'en apprécier le bien fondé ;

Sur les moyens relatifs à la méconnaissance des droits de la défense pendant le contrôle d'activité et à la recevabilité des plaintes du médecin-conseil et de la caisse primaire d'assurance maladie :

3 - Considérant qu'aux termes du premier alinéa du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, issu de la loi du 13 août 2004 et relatif à l'analyse de l'activité des professionnels de santé : « (...) *La procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret* » ; qu'en application de ces dispositions, le décret du 1^{er} février 2007 a précisé les modalités de l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2 de ce code et les suites attachées à cette procédure, par des dispositions insérées aux D. 315-1 à D. 315-3 ; qu'aux termes de l'article D. 315-2 : « *Préalablement à l'entretien prévu à l'article R. 315-1-2, le service du contrôle médical communique au professionnel de santé contrôlé l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de cet entretien, comportant notamment la liste des faits reprochés au professionnel et l'identité des patients concernés. / Cet entretien fait l'objet d'un compte-rendu qui est adressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au professionnel de santé dans un délai de quinze jours. A compter de sa réception, le professionnel de santé dispose d'un délai de quinze jours pour renvoyer ce compte-rendu signé, accompagné d'éventuelles réserves. A défaut, il est réputé approuvé.* » ; qu'aux termes de l'article D. 315-3 : « *A l'expiration des délais prévus au second alinéa de l'article D. 315-2 ou, à défaut, à l'expiration du délai d'un mois mentionné à l'article R. 315-1-2, la caisse informe dans un délai de trois mois le professionnel de santé des suites qu'elle envisage de donner aux griefs initialement notifiés. A défaut, la caisse est réputée avoir renoncé à poursuivre le professionnel de santé contrôlé.* » ;

4 - Considérant, en premier lieu, que si le médecin conseil a indiqué dans sa plainte, afin d'expliciter les circonstances de l'étude, que l'analyse de l'activité du Dr A au cours de la période du 1^{er} octobre 2011 au 30 juin 2012 avait été initiée au vu des résultats d'une première enquête portant la période du 1^{er} mars au 30 avril 2011 « *qui a objectivé un très grand nombre d'actes pour certains patients, actes dont la grande majorité n'est accompagnée d'aucune prescription de pharmacie* », il ne ressort pas des

**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

pièces du dossier que des actes afférents à cette période auraient été portés devant la juridiction au titre de la présente affaire ; que dès lors, et en tout état de cause, le Dr A n'est pas fondé à soutenir que le principe du contradictoire aurait été méconnu par l'absence de mise à sa disposition des éléments relatifs à cette première période d'observation de son activité ;

5 - Considérant, en deuxième lieu, que les dispositions aux termes du premier alinéa du IV de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale selon lesquelles la procédure d'analyse de l'activité se déroule dans le respect des droits de la défense n'ont pas eu pour effet de faire de ce respect, lors de la procédure de contrôle médical, une condition de recevabilité de la plainte devant les juridictions chargées du contentieux du contrôle technique, dès lors que le respect des droits de la défense est, à compter du dépôt de cette plainte, assuré par l'application des règles de la procédure juridictionnelle ; qu'ainsi, à supposer que l'entretien contradictoire organisé le 2 décembre 2013 entre le service médical et le Dr A se serait déroulé sur la base d'une documentation incomplète ou dans des conditions peu respectueuses du principe du contradictoire, est sans influence sur la régularité de la procédure suivie devant la juridiction ordinaire ;

6 - Considérant, en troisième lieu, qu'il ressort des pièces du dossier que l'entretien contradictoire prévu à l'article R. 315-1-2 du code de la sécurité sociale s'est tenu les 12 et 13 septembre 2013 ; que cet entretien a fait l'objet d'un compte rendu adressé au professionnel de santé le 23 septembre 2013 dans le délai de 15 jours prévu par l'article D 315-2 ; que le Dr A a produit des observations le 13 octobre 2013 ; que le praticien objet de la plainte a été informé par lettre du 18 décembre 2013 des suites contentieuses que la caisse envisageait de donner aux griefs initialement notifiés ; que la caisse primaire d'assurance maladie a ainsi satisfait en temps utile aux obligations procédurales mentionnées par les dispositions mentionnées au point 3 de la présente décision avant de saisir la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire du conseil régional de l'ordre des médecins de Champagne-Ardenne ; que la circonstance que cette lettre aurait évalué à 42 000 euros le montant des abus d'honoraires ne faisait pas obstacle à ce que les conclusions en remboursement de ce chef soient relevées devant la juridiction dès lors que conformément au principe des droits de la défense, le praticien poursuivi a été mis à même de s'expliquer, dans le cadre de la procédure suivie devant cette juridiction, sur l'ensemble des griefs susceptibles d'être retenus à son encontre ;

Sur les griefs de la plainte :

7 - Considérant, en premier lieu, qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que le Dr KREDIEH a au cours des huit mois contrôlés par le service médical, facturé pour les 68 enfants appartenant à 23 familles, plus de 4 000 consultations ou visites ; qu'en égard aux données médicales fournies par ce praticien, notamment les mentions figurant sur les carnets de santé, un tel volume d'actes qui ne saurait s'expliquer par aucune stratégie médicale revêt nécessairement un caractère excessif et représente un abus d'actes ; qu'une telle analyse n'est d'ailleurs pas sérieusement contestée par le praticien en cause qui admet que les séries de facturations effectuées le même jour par les mêmes patients correspond à un mauvais usage de son outil informatique ; que les familles interrogées ont en outre contesté avoir bénéficié d'une telle intensité de soins ; que, parmi ces actes doivent être réputés avoir un caractère fictif ceux qui facturés le même jour pour une même fratrie présentent le caractère d'actes en série ou ceux qui n'étaient pas mentionnés au carnet de santé ou ceux qui ne comportaient pas de prescriptions de pharmacie ; que cette évaluation conduit ainsi à limiter le nombre d'honoraires estimés abusifs par l'assurance maladie et, partant, le montant du remboursement demandé à ce titre sur le fondement de l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale ;

**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

8 - Considérant, en deuxième lieu, qu'aux termes de l'article 14 de la nomenclature générale des actes professionnels : *"Lorsque, en cas d'urgence justifiée par l'état du malade, les actes sont effectués la nuit ou le dimanche et jours fériés, ils donnent lieu en plus des honoraires normaux et, le cas échéant, de l'indemnité de déplacement, à une majoration. Sont considérés comme actes de nuit les actes effectués entre 20 heures et 8 heures, mais ces actes ne donnent lieu à majoration que si l'appel au praticien a été fait entre 19 heures et 7 heures"* ; qu'il résulte du témoignage des patients n^{os} 3 à 5, 9 à 11, 13, 19 et 22 que le caractère nocturne des visites effectuées était lié aux contraintes propres d'organisation du Dr A et non à des considérations d'urgence ou d'appel tardif ; que dans ces conditions la majoration de nuit n'avait pas à être appliquée contrairement à la pratique du professionnel poursuivi ;

9 - Considérant, en troisième lieu, que la cotation CS est réservée à des consultations de spécialité dont ne sauraient relever les actes de rééducation respiratoire pratiqués sur les patients n^{os} 18 et 23 ;

10 - Considérant que les faits relevés ci-dessus à l'encontre du Dr A constituent des fautes susceptibles de lui valoir 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 du comportement fautif de ce praticien en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont un mois assorti du bénéfice du sursis ;

Sur les conclusions tendant au remboursement des abus d'actes :

11 - Considérant qu'aux termes de l'article L. 145-1 du code de la sécurité sociale, les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de l'ordre des médecins sont appelées à connaître des « *fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession* » ; qu'aux termes de l'article L. 145-2 du même code : « *Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ou par la section spéciale des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins (...) sont : (...) 4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé (...)* » ; que constituent des honoraires abusifs au sens de ces dispositions ceux qui sont réclamés pour un acte facturé sans avoir jamais été réalisé, pour un acte surcoté, pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins, ou encore ceux dont le montant est établi sans tact ni mesure ;

12 - Considérant que constituent des abus d'honoraires au sens des présentes dispositions les actes accomplis au cours de la période du contrôle par le Dr A qui, ainsi qu'il est dit au point 7 de la présente décision ont été facturés le même jour pour une même fratrie ou qui ne figurent pas au carnet de santé ou qui ne comportent pas de prescription de pharmacie ; que ces actes ainsi que, le cas échéant, les majorations qui leur sont appliquées (MNP, MPJ, FPE, nuit, férié) doivent être réputés, avoir un caractère fictif ; que leur montant s'élève à 54 698,78 euros ;

13 – Considérant sur les conclusions du Dr A tendant à la condamnation du service médical et de la caisse primaire d'assurance maladie au versement de frais irrépétibles que les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce qu'une somme soit mise à ce titre à la charge du service médical et de la caisse primaire d'assurance maladie qui ne sont pas, dans la présente instance, les parties perdantes ;

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

- 7 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

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 six mois. Il sera sursis pour une durée d'un mois à l'exécution de cette sanction dans les conditions fixées à l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale.

Article 2 : L'exécution de cette sanction pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre du Dr A prendra effet le 1^{er} juin 2017 à 0 h et cessera de porter effet le 31 octobre 2017 à minuit.

Article 3 : Le Dr A devra reverser à la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes la somme de 54 698,78 euros.

Article 4 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 2.

Article 5 : La décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Champagne-Ardenne de l'Ordre des médecins, en date du 10 avril 2015, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 6 : La présente décision sera notifiée au Dr A, à la caisse primaire d'assurance maladie des Ardennes, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local des Ardennes, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Champagne-Ardenne de l'Ordre des médecins, au conseil départemental des Ardennes de l'Ordre des médecins, au directeur général de l'Agence régionale de santé d'Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 13 décembre 2016, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. le Dr FANI et M. le Dr ROUSSELOT, membres suppléants, nommés par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; Mme le Dr GUERY et M. le Dr MICHEL, membres titulaires, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 22 février 2017.

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

G. BARDOU

LE SECRETAIRE DE LA
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. DESEUR