

**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° **5192**

**Dr A**

Séance du **10 mai 2017**

Lecture du **23 mai 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 du service médical de la Charente Maritime et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime ont respectivement présenté les 6 et 27 juillet 2012 des plaintes contre le Dr A qualifié spécialiste en chirurgie générale et compétent en urologie, devant la section des assurances de la chambre disciplinaire de première instance de Poitou-Charentes de l'Ordre des médecins.

Par une décision n° 310 et 311 du 6 novembre 2014, la section des assurances sociales a interdit au Dr A de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de neuf mois, dont six mois assortis du bénéfice du sursis et l'a condamné à verser une somme de 23 963,99 euros à la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente-Maritime au titre du préjudice subi.

Procédure devant la section des assurances sociales du Conseil national

I - Par requête enregistrée le 24 décembre 2014 sous le n° 5192 adressée par télécopie et confirmée par courrier le 29 décembre 2014 au secrétariat de la section des assurances du Conseil national de l'ordre des médecins, le Dr A, représenté par la SCP Bayle-Joly, demande à la section :

1°) d'annuler la décision du 6 novembre 2014 de la section des assurances de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Poitou-Charentes ;

2°) de rejeter les plaintes formées à son encontre par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du service médical de Charente Maritime et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime ;

Il soutient que :

en écartant pour un grand nombre de dossiers l'argumentation du Dr A pour les motifs que les explications données par celui-ci ne pouvaient remettre en cause la classification commune des actes médicaux compte tenu de sa précision et que ce praticien possède une grande expérience de la chirurgie les premiers juges ont insuffisamment motivé leur décision ;

il conteste avoir substitué un acte différent et de valorisation supérieure à celui réellement effectué ainsi qu'en témoigne l'analyse de ces actes dossier par dossier ;

la codification des actes associés se justifiait par la nature des interventions réalisées ;

**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

Vu la décision attaquée ;

II- Par requête enregistrée le 29 décembre 2014 le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Charente-Maritime demande à la section :

1°) de réformer la décision du 6 novembre 2014 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Poitou-Charentes ;

2°) d'augmenter la sanction infligée en première instance au Dr A ;

Il soutient, après avoir rappelé les griefs de la plainte, que les pratiques de cotations fautives appliquées par le Dr A revêtent par leur caractère massif et répétitif le caractère de fraudes.

III- Par requête enregistrée le 8 janvier 2015 le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente-Maritime demande à la section :

1°) de réformer la décision du 6 novembre 2014 de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de Poitou-Charentes ;

2°) de modifier la qualification juridique des faits retenus par la décision de première instance sans modifier la nature et le quantum de la sanction infligée au Dr A.

Par mémoire enregistré le 29 janvier 2015 le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Charente-Maritime conclut au rejet de la requête du Dr A.

Par mémoire enregistré le 5 février 2015 le directeur de la CPAM de la Charente Maritime conclut au rejet de l'appel du Dr A.

Il soutient que la décision est suffisamment motivée et que l'ensemble des griefs a été pris en considération.

Par lettre du 12 décembre 2016 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 ce que les conclusions de l'appel formé par le médecin conseil et la caisse primaire d'assurance maladie tendant à ce que la nature des actes fautifs du Dr A soit requalifiée ne sont pas dirigées contre le dispositif de la décision mais contre ses motifs. Elles ne sont donc pas recevables.

Par mémoire enregistré le 22 décembre 2016 le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Charente-Maritime conclut à ce que son appel soit considéré comme demandant l'aggravation de la sanction infligée en première instance au Dr A.

Par mémoire enregistré le 27 décembre 2016 le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime conclut à ce que son appel soit considéré comme demandant l'aggravation de la sanction infligée en première instance au Dr A.

Par lettre du 10 mars 2017 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

**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

d'office, tiré de ce que les faits reprochés au Dr A portent en partie sur des faits antérieures au délai de prescription de trois ans tel que prévu à l'article R 145-17 du code de la sécurité sociale dans sa version applicable lors de l'enregistrement de la plainte devant la juridiction de première instance ;

Par mémoire enregistré le 17 mars 2017, le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Charente Maritime fait valoir que, s'agissant du patient n° 8, les actes datés des 19 mai et 19 juin 2009 doivent être effectivement exclus du présent litige en raison de la prescription;

Par mémoire enregistré le 21 mars 2017, la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime reprend les mêmes observations que celles présentées par le médecin-conseil.

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 :

- Le Dr FANI en la lecture de son rapport ;

- Me ESCANDE, avocat, en ses observations pour le Dr A qui n'était pas présent ;

- Mme le Dr CAPILLON, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Charente Maritime ;

- M. LHERITIER, représentant la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime, en ses observations ;

Le conseil du Dr A ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

1 - 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*

**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

*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 la région Poitou-Charentes a retenu à l'encontre du Dr A des irrégularités entachant certaines facturations antérieures au 6 juillet 2009 alors que la plainte du service médical de l'assurance maladie de la Charente-Maritime a été enregistrée le 6 juillet 2012 devant cette juridiction ; que les éventuels fautes, abus ou fraudes commis à l'occasion de ces facturations étaient ainsi atteints par la forclusion prévue par l'article R 145-17 du code de la sécurité sociale ; que, par suite, la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Poitou-Charentes de l'Ordre des médecins a entaché sa décision d'une erreur de droit en ne relevant pas d'office le moyen, qui ressortait des pièces du dossier qui lui était soumis, tiré de l'irrecevabilité de la plainte en tant qu'elle portait sur ces faits ; que, dès lors, et sans qu'il soit besoin d'examiner la recevabilité des requêtes d'appel, la décision attaquée doit être annulée ;*

2 - Considérant qu'il y a lieu d'évoquer et de statuer immédiatement sur les plaintes présentées par le service médical de la Charente Maritime et la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime à l'encontre du Dr A devant la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins de Poitou-Charentes ;

3 - Considérant qu'à l'occasion du contrôle de l'activité du Dr A, qualifié en chirurgie générale et compétent en urologie, au cours de la période du 19 mai 2009 au 31 mars 2011 des anomalies ont été relevées dans les cotations utilisées pour la tarification de 185 actes concernant 109 patients et 155 interventions ; qu'il résulte toutefois de l'examen des pièces du dossier que les actes réalisés les 19 mai et 19 juin 2009 au bénéfice du patient n° 8 sont antérieurs à la date d'entrée en vigueur de la prescription mentionnée à l'article R 145-17 du code de la sécurité sociale ; que les griefs articulés à leur encontre sont donc irrecevables ;

Sur la cotation des actes :

4 - Considérant, en premier lieu, qu'il est reproché au Dr A d'avoir retenu pour la tarification de certaines de ses interventions des cotations correspondant à des actes d'une complexité et d'une valeur supérieure à celle normalement applicable à l'acte qu'il pratiquait réellement, cette qualification erronée générant ainsi une charge indue pour l'assurance maladie ; qu'il y a lieu ainsi de relever que les conisations du col utérin réalisées sur les patients n<sup>os</sup> 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7 ne pouvaient, quelles que soient les difficultés opératoires rencontrées, être assimilées à des colpotrachelectomies élargies aux paramètres ; que les exérèses de lésions vulvo périnéales superficielles effectuées sur les patients n<sup>os</sup> 11, 12, 13, 17 et 18 ne pouvaient ainsi que le soutiennent les plaignants être cotées comme des vulvectomies partielles ; qu'il y a lieu en revanche d'écarter ce même grief, et donc de retenir le bien-fondé de la cotation, pour les dossiers n<sup>os</sup> 14, 15, 16 et 19 en raison du type de lésion et de la taille des pièces d'exérèse ; que les changements de sondes de cystostomie pratiqués à 38 reprises sur les patients n<sup>os</sup> 8, 9 et 10 ne relèvent pas, quelles qu'en soient parfois les difficultés, de la même cotation que les cystostomies par voie transcutanée avec guidage échographique elles-mêmes, le changement d'une sonde urinaire de cystostomie se faisant par le même trajet et abouchement à la peau créés par l'intervention médicale ; que les exérèses de lésions vésicales par endoscopies réalisées sur les patients n<sup>os</sup> 64, 65, 66, 67, 69 et 70 ne relèvent pas de la même tarification que les résections du col de la vessie quelque soit le mode opératoire choisi (electrovaporisation) ou les difficultés de l'intervention comme

**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

dans le cas du patient n°64 ; que le Dr A ne pouvait coter comme des exérèses de lésions cutanées profondes des actes réalisés sur les patients n°s 90, 93, 94 et 95 qui présentent des lésions superficielles ; qu'à l'inverse il résulte de l'examen des pièces du dossier que les patients n°s 89 et 92 présentaient des neurofibromes qui constituent des lésions profondes et qu'à ce titre la cotation appliquée peut être acceptée ; qu'ainsi que le reconnaît le praticien les cotations retenues pour les patients n°s 17 et 18 qui présentent des lésions superficielles procèdent d'une erreur de codage ; qu'ainsi ce premier grief peut-il être retenu à l'exception des cotations appliquées pour les patients n°s 14, 15, 16, 19, 89 et 92 qui sont conformes à la classification commune des actes médicaux ;

5 - Considérant, en deuxième lieu, qu'il est aussi fait grief au Dr A d'avoir facturé à l'assurance maladie des actes différents de ceux qu'il a effectivement réalisés tel que cela ressort en particulier des comptes rendus opératoires ; que tel est le cas à 9 reprises (patients n° 82 à 88, 45-2 et 109) de la cotation de cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale au lieu de cholécystectomie simple ; que tel est le cas aussi à 6 reprises ( patients n°s 96, 97, 98, 99, 101 et 102) de la tarification de toilettes péritonéales pour péritonite au lieu d'appendicectomie pour appendicite non compliquée, ainsi que c'était bien le cas en l'espèce ; que tel est le cas, enfin, à 5 reprises (patients n°s 4-2, 104 à 107) de la cotation de colpohystérectomie élargie aux paramètres au lieu d' hystérectomie totale, laquelle ne correspond pas à la description de cet acte telle qu'elle figure à l'Encyclopédie Médico-chirurgicale, ouvrage de référence selon l'arrêté du 27 février 2007 ; que ces cotations supérieures ont fait, là encore, peser une charge indue sur l'assurance maladie ;

6 - Considérant, en troisième lieu, qu'il est fait grief au Dr A d'avoir abusivement tarifé des actes associés que les comptes rendus opératoires ne mentionnent pas ou qui ne pouvaient être cotés dès lors que les gestes complémentaires réalisés étaient inclus dans la cotation de l'acte principal ; qu'il en va ainsi de :

1°) la cotation à 11 reprises (patients n°s 5, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80 et 81) « d'exérèses de lésions d'un repli péritonéal » inexistantes dans la cure de hernie inguinale ;

2°) la cotation à 8 reprises (patients n°s 82 à 88 et 102), de la cotation de « section de brides ou adhérences pour occlusion intestinale aiguë » en l'absence de tout syndrome occlusif ;

3°) la cotation à 3 reprises, (patients n°s 108, 109 et 45-2) d'une « hémostase de lésion du foie » ou « unisegmentectomie hépatique » au cours d'une cholécystectomie en l'absence de plaie ou lésion hépatique ;

4°) la cotation pour le patient n° 100 d'entérolyse étendue en l'absence d'un contexte d'occlusion intestinale ;

5°) la cotation à 15 reprises pour les patients n°s 20 à 34 d'une plastie du prépuce après posthectomie, déjà incluse dans ce dernier acte ;

6°) la cotation à 8 reprises pour les patients n°s 15, 89, 90, 91, 92-2, 93, 94 et 95 de « réparation de perte de substance par lambeau au hasard » après exérèse de lésions superficielles de la peau ;

7°) la cotation à deux reprises pour le patient n°71 de « résection du col vésical » après résection de tumeurs vésicales ;

**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°) la cotation à 2 reprises pour les patients n<sup>os</sup> 100 et 103 comme « cure de hernie de la paroi abdominale » de la fermeture d'un abord coelioscopique ;

9°) la cotation pour la patiente n° 104 comme « promontofixation du dôme vaginal » de la simple fermeture de la partie supérieure du vagin restant après colpo-hystérectomie totale ;

Sur le non-respect de dispositions générales de la classification commune des actes médicaux :

7 - Considérant, en premier lieu, que selon l'article 1-12 des dispositions générales de la classification commune des actes médicaux : *« Il est impossible de tarifier dans le même temps l'association entre un acte incluant un autre acte et ce dernier »* ; qu'en vertu de cette règle il n'était pas possible au Dr A, comme il l'a fait à 31 reprises pour les patients n<sup>os</sup> 35 à 63 de coter une « incision cervico-prostatique » en complément d'une résection transurétrale de la prostate (RTUP), ce dernier acte débutant nécessairement par une incision qui se trouve ainsi comprise dans l'acte global ; que ce praticien ne pouvait pas non plus coter une « exérèse d'un diverticule de la vessie » en sus d'un acte de cystectomie partielle emportant nécessairement le diverticule comme il l'a fait pour le patient n°64 ; qu'enfin, la règle de l'acte global rappelée ci-dessus excluait de coter pour le patient n°99 une « évacuation d'une collection intra-abdominale » en sus d'une laparotomie ;

8 - Considérant, en deuxième lieu, qu'en tarifiant un changement de sonde de cystostomie puis un repositionnement de celle-ci trois jours après avoir pratiqué sur le patient n° 10 une cystostomie transcutanée, le Dr A a méconnu la règle posée à l'article 1-6 des dispositions générales de la CCAM selon lequel : *« pour un acte chirurgical ou pour un acte interventionnel, le tarif recouvre, pour le médecin qui le réalise, la période post-interventionnelle et ce, pendant une période 15 jours après la réalisation de l'acte pour un suivi hors complication et en ce qui concerne les conséquences liées à cet acte, que le patient soit hospitalisé ou non »* ;

9 - Considérant, en troisième lieu, que l'article III-3 de la CCAM prévoit que l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée et que, dans ce cas, l'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé est tarifé à taux plein et le second à 50 % de sa valeur ; qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que le Dr A a pour les patients n<sup>os</sup> 89, 90 et 93 ayant bénéficié au cours d'une même intervention d'exérèses de lésions cutanées codé et tarifé l'association de quatre actes dont un tarifé à taux plein et les trois autres à 50 % ; que cette pratique méconnaît la règle rappelée ci-dessus ;

10 - Considérant que les faits retenus ci-dessus 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 lui valoir l'une des sanctions prévues à l'article L 145-2 du même code ; qu'eu égard au grand nombre de cotations inexactes il sera fait une juste appréciation de leur gravité en condamnant ce praticien à la sanction de l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de neuf mois dont six mois assortis du bénéfice du sursis avec publication pendant deux mois ;

Sur les conclusions de la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime tendant au remboursement des sommes indûment perçues :

**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

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 ; que l'ensemble des fautes relevées par la présente décision à l'encontre du Dr A constituent des surcotations de nature à justifier le remboursement de la somme de 22 570,78 correspondant à la somme par la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente Maritime déduction faite des actes prescrits et des griefs non retenus ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

**Article 1<sup>er</sup>** : Il est infligé au Dr A la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant neuf mois. Il sera sursis pour une durée de six 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<sup>er</sup> septembre 2017 à 0 h et cessera de porter effet le 30 novembre 2017 à minuit.

**Article 3** : Le Dr A devra reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente-Maritime la somme de 22 570,78 euros.

**Article 4** : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de la Charente-Maritime, par affichage, dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant deux mois.

**Article 5** : La présente décision sera notifiée au Dr A, à la caisse primaire d'assurance maladie de Charente-Maritime, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Charente-Maritime, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Poitou-Charentes de l'Ordre des médecins, au conseil départemental de Charente-Maritime de l'Ordre des médecins, au directeur général de l'Agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 10 mai 2017, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. le Dr FANI et M. le Dr MIRE, membres suppléants, nommés par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; Mme le Dr GUERY, membre titulaire et Mme le Dr de HAUT de SIGY, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 23 mai 2017.

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

- 8 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

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