

**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° **5240**

Dr A

Séance du **23 février 2017**

Lecture du **16 mars 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 29 février 2016, la requête et le mémoire présentés pour le Dr A, qualifié spécialiste en ophtalmologie, tendant à ce que la section annule une décision, en date du 30 décembre 2015, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Bretagne de l'Ordre des médecins, statuant sur la plainte conjointe de la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan, dont le siège est 37 boulevard de la Paix, BP 20321, 56021 VANNES CEDEX, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Morbihan, dont l'adresse postale est 37 boulevard de la Paix, BP 330, 56018 VANNES CEDEX, a prononcé à l'encontre du Dr A la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de six mois dont quatre mois avec le bénéfice du sursis, avec publication pendant six mois et l'a condamné à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan la somme de 1 216,76 euros,

par les motifs que le contrôle effectué sur l'activité du Dr A n'était pas justifié et que la procédure d'analyse a été menée de façon critiquable ; que la décision attaquée est insuffisamment motivée ; que la saisine de la juridiction de première instance a été irrégulière dans la mesure où elle faisait état de griefs qui avaient été abandonnés par la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan dans sa notification d'indus dans une procédure distincte, et que des actes atteints par la prescription ont été mentionnés dans l'analyse présentée par les plaignants ; que les griefs retenus par les premiers juges sont infondés, comme il l'est démontré en les reprenant un à un tant en ce qui concerne : l'examen de la vision binoculaire et l'examen fonctionnel de la motricité oculaire ; l'association considérée comme systématique de l'examen de la vision binoculaire et de l'examen du fond de l'œil par biomicroscopie avec verres de contact, ce grief étant repris dossier par dossier en insistant sur la réalité de l'intégralité des examens ; l'association systématique de l'examen du fond de l'œil par biomicroscopie avec verres de contact à l'examen du champ visuel et du tomoscanner ; l'utilisation de la cotation d'ablation d'un corps étranger profond de la cornée ; l'utilisation de la cotation d'adaptation de lentilles de contact souples ou rigides lors des prescriptions de renouvellement ; la facturation du bilan préopératoire de cataracte bilatérale ; la facturation de l'acte BLQP007 lors de la réalisation de l'acte BLQP008 ; la répétition de la facturation de pachymétrie cornéenne ; le caractère systématique des facturations établies par le Dr A, et l'obligation pour lui de rédiger des certificats médicaux ; qu'il conviendra de rejeter l'ensemble de ces griefs, de ne prononcer aucune sanction, de ne pas condamner ce praticien au remboursement à la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan d'une somme de 1 216,76 euros et de condamner la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Morbihan à verser solidairement au Dr A une somme de 3 000 euros au titre de l'article R 761-1 du code de justice administrative et à leur infliger une amende, en application de l'article R741-12 du code de justice administrative ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 1^{er} avril 2016, le mémoire présenté conjointement par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Morbihan et la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan ; il tend au rejet de la requête en réfutant les moyens présentés par le Dr A ; ils rappellent le motif de la saisine, et, quant à

**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'analyse, indiquent que la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan n'avait pas abandonné la majorité des griefs retenus par le service du contrôle médical puisqu'ils figuraient dans le mémoire introductif ; que la saisine de la section des assurances sociales et la saisine pour récupération d'indus sont deux procédures distinctes ; qu'aucun des actes mentionnés dans les griefs n'est atteint par le délai de prescription ; que sont repris six des griefs retenus par les premiers juges pour rejeter les arguments du Dr A en contestant le bien-fondé ; que le remboursement du trop-perçu décidé par les premiers juges porte sur 45 dossiers, distincts de ceux en cause dans une autre procédure ;

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 GUERY en la lecture de son rapport ;

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

- Le Dr MONVOISIN, médecin-conseil, en ses observations pour la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Morbihan ;

Le Dr A ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle ayant porté sur l'activité du Dr A, qualifié spécialiste en ophtalmologie, du 20 avril 2012 au 5 février 2014, des anomalies ont été relevées dans la facturation de ses actes présentés au remboursement à l'assurance maladie ;

Sur la régularité de la procédure suivie préalablement au dépôt de la plainte :

Considérant que les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'enquête préalable à la saisine de la juridiction ordinaire ont été, en tout état de cause, sans influence sur la régularité de la plainte formée à l'encontre du Dr A ; qu'il appartient au juge d'examiner la valeur et la portée des éléments qui lui sont soumis dans le cadre de la procédure contradictoire qui se déroule devant lui, et au vu, notamment, des explications fournies par les parties ;

**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

Sur la régularité de la plainte :

Considérant, d'une part, que le Dr A ne peut arguer de ce que la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan aurait fait mention dans sa plainte de griefs qui n'auraient pas été retenus à l'occasion d'une procédure distincte relative à des indus, la juridiction ordinaire pouvant statuer sans que s'impose à elle une décision rendue par un tribunal des affaires de sécurité sociale ;

Considérant, d'autre part, que si, dans le mémoire de plainte sont mentionnés des actes du Dr A antérieurs au délai de prescription de trois ans résultant des dispositions de l'article R 145-17 alors applicable, il ne ressort pas des pièces du dossier que ces actes aient été pris en compte dans l'examen des griefs par les premiers juges ni retenus par eux ;

Sur les griefs :

Considérant, en premier lieu, que, dans les dossiers n^{os} 1, 2, 4 à 8, 10, 12, 18, 24, 26 à 29, 31 à 33, 36, 40 à 45, sont reprochées au Dr A des associations systématiques d'actes et de facturations consistant en un examen de la vision binoculaire et un examen fonctionnel de la motricité oculaire ; qu'il ressort de l'instruction, et en l'absence de comptes-rendus dont la rédaction est pourtant exigée par l'article L-5 des dispositions générales de la classification commune des actes médicaux (CCAM), que ces associations, pour lesquelles il a appliqué une cotation BJQP002, étaient injustifiées en l'absence d'anomalie des muscles oculomoteurs qui aurait imposé une exploration complémentaire, et en l'absence de réalisation du test de Lancaster, ou d'un autre test spécifique en cas de troubles oculomoteurs ;

Considérant, en second lieu, que le Dr A a systématiquement associé dans les dossiers n^{os} 2, 8, 12, 15, 16, 17, 21, 25, 34, 35, 42 et 44, un examen de la vision binoculaire, coté BLQP010, et un examen du fond de l'œil par biomicroscopie, coté BGQP002, alors que, selon les attestations de certains de ses patients, il n'y a pas eu de dilatation, donc pas de fond de l'œil, ou que la dilatation ait rendu techniquement impossible l'examen de la vision binoculaire ; qu'ainsi c'est abusivement qu'il a appliqué la cotation BLQP010 ;

Considérant, en troisième lieu, que, dans les dossiers n^{os} 1, 3, 5, 8, 10, 13, 19, 20, 23, 24, 26, 28, 30 à 33 et 39, le Dr A a systématiquement associé un examen du fond de l'œil par biomicroscopie avec verre de contact, coté BGQP002, à un examen du champ visuel ou du tomoscanner OCT ; que la mesure du champ visuel étant impossible sous dilatateur, l'examen associé du fond d'œil ne peut ensuite être effectué qu'après instillation de mydriatique provoquant une dilatation de l'œil ; que cependant il n'est retrouvé mention de dilatation ni dans les fiches médicales du praticien, ni dans les témoignages recueillis auprès des patients ; qu'ainsi la facturation répétée d'examen non réalisés avec la cotation BGQP002 a eu un caractère abusif ;

Considérant, en quatrième lieu, que dans les dossiers n^{os} 4, 7, 9, 18, 22, 27, 29, 33, 36, 37, 38, 40, 41, 44 et 45, le Dr A a utilisé la cotation BDGA005, correspondant à une ablation d'un corps étranger profond de la cornée, alors que, selon les patients interrogés, il ne s'agissait pas d'un tel acte chirurgical ; que, d'ailleurs, le praticien n'a fourni aucun compte-rendu détaillé permettant de vérifier la réalité des actes ainsi facturés ;

Considérant, en cinquième lieu, que, dans les dossiers n^{os} 2, 11, 14, 16, 17, 21, 25, 34 et 36, le Dr A a appliqué les cotations BLMP002 ou BLMP005, prévues pour la facturation d'actes d'adaptation de lentilles de contact souples ou rigides, alors que, selon les témoignages des patients, il ne s'agissait que du renouvellement des lentilles de contact, lequel est effectué sans acte d'adaptation ; qu'il ne justifie le montant des

**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

honoraires perçus qu'en produisant un document comportant des mentions inexactes et ne pouvant, de ce fait, être pris en considération ;

Considérant, en sixième lieu, que, alors que la classification commune des actes médicaux prévoit une cotation unique BFQM001, pour une biométrie oculaire par échographie, que l'examen porte sur un œil ou soit bilatéral, le Dr A, dans les 24 dossiers retenus dans la plainte, a systématiquement facturé indûment une biométrie pour le deuxième œil, alors que des mesures avaient été recueillies pour le premier œil, et que la seconde biométrie n'était justifiée par aucune circonstance particulière ;

Considérant, en septième lieu, que, dans deux dossiers (n^{os} 8 et 39) le Dr A a indûment facturé à plusieurs reprises avec la cotation BLQP007, qui correspond à une exploration de la vision des couleurs par assortiment, une exploration par épreuves pseudo-isochromatiques plus simple dont la cotation est BLQP008, qu'il avait en réalité réalisée, aux dires des patients concernés ;

Considérant, en huitième lieu, que dans les dossiers n^{os} 3, 10, 13, 20, 23, 24, 26 à 28, 30, 32, 33 et 43, le Dr A a utilisé la cotation BDQP003 applicable à une pachymétrie cornéenne, de façon répétée, alors que cette répétition était inutile, s'agissant de patients déjà traités, dont la pachymétrie était antérieurement connue ;

Considérant, en neuvième lieu, que, en méconnaissance des dispositions des articles L 441-6 et R 441-9 du code de la sécurité sociale, le Dr A a refusé à une patiente (n°7) qui le consultait la prise en charge du tiers payant de ses blessures en accident du travail, et n'a pas établi le certificat médical réglementaire ;

Considérant enfin que, si l'analyse de l'activité du Dr A a mis en évidence le fait que la cotation unique de consultation était rarement utilisée par lui, alors qu'il a facturé un très grand nombre d'actes en association, cette constatation générale ne saurait, à elle seule, être retenue comme un grief s'ajoutant à ceux précédemment mentionnés ;

Considérant que les faits ci-dessus retenus à l'encontre du Dr A ont le caractère de fautes, abus et fraudes au sens des dispositions de l'article L 145-1 du code de la sécurité sociale susceptibles de lui valoir le prononcé d'une des sanctions prévues à l'article L 145-2 du même code ; que les premiers juges, par une décision suffisamment motivée, ont fait une exacte appréciation de la gravité de son comportement fautif en prononçant à son encontre la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de six mois, dont quatre avec le bénéfice du sursis, et en le condamnant à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan la somme de 1 216,76 euros correspondant à des surcotations injustifiées ; qu'il y a lieu de confirmer cette sanction en en prévoyant la publication et de rejeter la requête du Dr A ;

Sur l'application des articles L761-1 et R741-12 du code de justice administrative :

Considérant que les dispositions de l'article L 761-1 font obstacle à ce que la somme de 3 000 euros soit mise à ce titre à la charge du médecin-conseil chef de service de l'échelon local du Morbihan et de la caisse primaire d'assurance maladie du Morbihan, qui ne sont pas dans la présente instance, les parties perdantes ; que d'autre part si le juge ordinal peut, en application de l'article R 714-12 du code de justice administrative, prendre l'initiative d'infliger une amende qui ne peut excéder 3000 euros à l'auteur d'une requête qu'il estime abusive, cette faculté constitue un pouvoir du juge dont les parties ne sont recevables à demander qu'il soit fait usage ; que les conclusions du Dr A présentées à ce titre ne peuvent, dès lors, et en tout état de cause, qu'être rejetées ;

**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

PAR CES MOTIFS,

DE C I D E :

Article 1^{er} : La requête du Dr A est rejetée.

Article 2 : La sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois dont quatre avec le bénéfice du sursis, prononcée à l'encontre du Dr A par la décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins de Bretagne, en date du 30 décembre 2015, prendra effet le 1^{er} septembre 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 du Morbihan la somme de 1 216,76 euros.

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

Article 5 : Les conclusions du Dr A tendant, d'une part, au versement d'une somme de 3 000 euros en application des dispositions de l'article L 761-1 du code de justice administrative et, d'autre part, à l'application des dispositions de l'article R 741-12 du code de justice administrative sont rejetées.

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

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 23 février 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 ; Mme le Dr GUERY, membre titulaire et Mme le Dr de HAUT de SIGY, membre suppléant, nommées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 16 mars 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