

# Responsabilité économique du médecin radiologue

Docteur Vincent HAZEBROUCQ, MCU-PH de radiologie,  
Directeur du diplôme universitaire d'imagerie médico-légale  
Chargé de mission pour l'imagerie à l'ARS d'Île-de-France

**U**ne revue de la jurisprudence récente du Conseil national de l'Ordre des médecins montre que la responsabilité économique n'est désormais plus un concept abstrait ; l'Assurance maladie n'hésite plus à se donner les moyens pour sanctionner les écarts les plus choquants de ce que certains dénomment « l'optimisation de la cotation des actes » : 127 décisions sont retrouvées avec le mot clé « cotation » entre le 1<sup>er</sup> janvier 2013 et le 1<sup>er</sup> juillet 2015 sur le site internet<sup>1</sup> de la jurisprudence du Conseil national de l'Ordre des médecins, de la Chambre disciplinaire nationale et du Conseil d'État.

Les sanctions potentielles sont redoutables, car elles allient le remboursement intégral par le praticien à l'assurance maladie des honoraires abusifs pris en charge (sans déduction de ses charges sociales ou de ses impôts), avec des blâmes (n=2), des avertissements (n=4), ou une interdiction – plus ou moins longue – d'exercer la médecine (n=109) parfois « seulement » de donner des soins aux assurés sociaux (n=8), mais pouvant aller dans de rares cas jusqu'à l'interdiction définitive...

Un dossier singulier résume presque à lui tout seul les principaux reproches susceptibles d'être formulés à l'encontre d'un radiologue, au point que cette décision nous a paru mériter d'être intégralement retranscrite.

Les fautes, abus et fraudes, au sens de l'article L 145-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS)<sup>2</sup>, relevées dans les décisions de la Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins sont les suivantes :

- La facturation abusive d'actes fictifs, par exemple d'échographies sans clichés ni compte-rendu valide ; Est comprise ici la facturation d'actes réellement effectués mais incomplets : l'article 1-5 de la CCAM prévoit notamment que tout acte accompli par un médecin doit faire l'objet d'un compte-rendu écrit et complet permettant d'assurer la continuité des soins.
- Les actes surcotés sont également inclus dans la définition des honoraires abusifs.
- Si le médecin est libre<sup>3</sup> de prescrire les soins et de réaliser les actes qu'il estime les plus appropriés pour la prise en charge des besoins du patient, il est tenu par l'article L.162-2-1 CSS ainsi que, par l'article R 4127-8 du Code de la Santé publique (CSP) à limiter ses prescriptions et ses actes à la plus stricte

économie compatible avec la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. L'intérêt du patient doit primer, en toutes circonstances, sur l'intérêt économique du médecin ou de la structure pour laquelle il travaille et en cas de dérapage, le médecin – ou son employeur lorsqu'il est salarié – peut être condamné à rembourser intégralement les actes et honoraires abusifs et inutilement coûteux.

- Le non respect de certaines conditions d'indications, de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte subordonnant la prise en charge par l'assurance maladie d'un acte ou d'une prestation, en application de l'article L. 162-1-7 CSS<sup>4</sup>.

**Dossier n° 5022, Dr Hervé H, Chambéry, Séance du 21 mai 2014, Lecture du 24 septembre 2014**

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

**Vu**, enregistrés au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil

national de l'Ordre des médecins les 5 et 18 février 2013, la requête et le mémoire présentés pour le Dr Hervé H, qualifié spécialiste en radio-diagnostic, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 24 janvier 2013, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de l'Ordre des médecins de Rhône-Alpes, statuant sur la plainte conjointe de la caisse primaire d'assurance maladie de la Savoie, dont le siège est 5 avenue Jean Jaurès, 73015 CHAMBERY, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Chambéry dont l'adresse postale est BP 1044, 73010 CHAMBERY CEDEX a prononcé à son encontre la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant quatre mois dont deux mois avec le bénéfice du sursis, et l'a condamné à rembourser à la caisse primaire d'assurance maladie de la Savoie la somme de 30 222,88 euros, par les motifs que le systématisme des anomalies n'est pas établi ;



qu'il s'agit d'actes réalisés mais mal cotés et non d'actes fictifs ;  
 que l'essentiel des clichés panoramiques réalisés en France ne sont pas accompagnés de compte-rendu ;  
 qu'il reconnaît une erreur pour un dossier sur l'absence d'indication explicite sur le compte rendu ;  
 qu'il n'y a pas non plus de caractère systématique de surcotations ;  
 que les examens sont réalisés à la demande de spécialistes ou généralistes car nécessaires à leur pratique ;  
 que la plupart des dossiers référencés entrent dans le cadre de recherche de foyers infectieux ;  
 que la réalisation de radiographies comparatives est souvent utile ;  
 que sur les actes d'échographie des hanches chez l'enfant, il s'agissait manifestement d'une erreur de codage car il est évident qu'il ne s'agissait pas de nouveaux-nés ;  
 que l'erreur de codification des trois dossiers de radiographie thoracique n'a entraîné aucun bénéfice personnel ;  
 qu'il y a une méconnaissance des règles de la classification commune des actes médicaux et non une volonté de frauder ;  
 que nombre d'erreurs de codage n'ont aucune incidence sur le coût de l'acte ;  
 que la CPAM s'appuie sur des référentiels de 2001 concernant la réalisation de l'échographie des seins classés ACR 1 ou 2 alors que ces référentiels sont contestés depuis longtemps et non appliqués par une grande majorité de radiologues ;  
 que l'oubli d'indication de l'information PDS n'est qu'un problème technique ne mettant pas en cause la nature et la qualité de l'examen réalisé ;  
 que l'exposition non justifiée aux rayons X n'intéresse que peu de patients ;

que dans un grand nombre de cas, il n'y a pas eu de nouveaux clichés mais l'utilisation du cliché initial pour optimiser l'analyse d'une zone anatomique ;  
 que seulement deux dossiers sont concernés par le grief de modification des comptes-rendus a posteriori ;  
 que concernant la facturation d'actes non effectués personnellement, il s'agit d'actes réalisés par un médecin radiologue remplaçant mais facturés au nom du Dr H, en l'absence de carte CPS du médecin remplaçant ;  
 qu'un seul acte a été facturé pendant un remplacement ;  
 qu'il s'agit probablement d'une erreur de secrétariat ;  
 que si des oublis ont pu être commis au niveau des déclarations de remplacement, des contrats ont néanmoins été régulièrement signés ;  
 qu'il n'y a pas de volonté d'exercice illégal de la médecine ;  
 qu'aucun fait précis ne vient étayer l'affirmation de la caisse reprochant au Dr H une absence de soins consciencieux et dévoués ;  
**Vu la décision attaquée ;**  
 Vu, 2°), enregistré comme ci-dessus le 22 février 2013, **la requête et le mémoire présentés conjointement par la caisse primaire d'assurance maladie de la Savoie et le médecin-conseil** chef de service de l'échelon local de Chambéry tendant à ce que la section réforme la décision susvisée de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de Rhône-Alpes,  
*par les motifs que la juridiction de première instance a insuffisamment apprécié la gravité des faits reprochés au Dr H ;*  
 qu'elle n'a rejeté aucun des 27 griefs ;  
 que le contrôle a été certes limité dans le temps mais représentatif de l'activité du Dr H ;  
 qu'il n'a jamais remis en cause sa pratique professionnelle et qu'il n'œuvre pas selon les données acquises de la science ;  
 qu'il y a une absence de soins consciencieux et dévoués ;  
 que le Dr H ne respecte pas les engagements conventionnels qu'il a pourtant signés ;

qu'il modifie a posteriori les comptes-rendus ; qu'il n'adapte pas sa facturation aux règles opposables ;  
 qu'il y a un enrichissement sans cause du Dr H par la facturation d'actes non effectués ;  
 qu'il organise des remplacements sans procéder à leur déclaration favorisant ainsi l'exercice illégal de la médecine ;  
 que la jurisprudence est beaucoup moins clémente que la décision susvisée ;  
 que la sanction devra être aggravée ;  
 Vu, enregistré comme ci-dessus le 4 novembre 2013, le mémoire complémentaire présenté pour le Dr H ; il tend aux mêmes fins que la requête, par les mêmes moyens ;  
 il précise en outre que l'appel interjeté par la caisse primaire et le médecin-conseil l'a été sur un moyen unique ;  
 qu'aucune pièce nouvelle n'a été communiquée devant la juridiction d'appel ;  
 que ses erreurs sont liées à une mauvaise connaissance des recommandations et à son début de pratique ;  
 que c'est à tort que les plaignants évoquent une jurisprudence pour des cas similaires ;  
 que la décision a fait une appréciation sévère des responsabilités encourues par le Dr H ;  
 que le Conseil d'Etat ne sanctionne que les manquements systématiques et répétés à la nomenclature ;  
 que la décision devra être annulée et que l'appel des plaignants devra être rejeté ;  
 qu'une sanction de quatre mois d'interdiction dont deux avec sursis serait « blessante pour l'équité » ;  
 que l'indépendance du praticien et sa liberté thérapeutique sont rappelées ;  
 qu'il a toujours délivré à ses patients une information loyale et transparente en matière de fixation de ses honoraires ;  
 que sa situation conventionnelle est parfaitement connue de sa clientèle ;  
 qu'il a aujourd'hui totalement réorganisé son activité avec l'aide de son personnel et de contrôles externes ;  
**Vu, enregistré comme ci-dessus le 13 janvier 2014, le mémoire présenté par la caisse primaire d'assurance maladie de la Savoie et le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de**

**Chambéry ; il tend aux mêmes fins que la requête ;**

il précise que le Dr H est installé en France depuis 1994 et que le contrôle a eu lieu en 2008-2009 ;

qu'il a été demandé au Dr H de produire les 217 comptes-rendus de mammographies, accompagnées d'échographies qu'il a réalisées pendant la période afin d'apprécier leur justification ; qu'il ne les jamais produits ;

Vu les correspondances en date du 21 mars 2014 par lesquelles le secrétariat de la section des assurances sociales de l'Ordre des médecins informe les parties qu'un moyen d'ordre public est susceptible d'être relevé d'office et leur en indique la nature ;

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 ;

- Le Dr TENET, médecin-conseil, en ses observations pour le service médical de Savoie ;

- Me CHOULET, avocat, en ses observations pour le Dr Hervé H en ses explications orales ;

Le Dr H ayant eu la parole en dernier ;

**APRES EN AVOIR DELIBERE**

1. Considérant qu'à l'occasion de l'analy-

se de l'activité professionnelle du Dr Hervé H, qualifié spécialiste en radio diagnostic, des anomalies ont été relevées sur les actes facturés à l'assurance maladie entre le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et le 28 février 2009 ; que, selon les dispositions de l'article R 145-17 du code de la sécurité sociale, alors applicables, les sections des assurances sociales des chambres disciplinaires de première instance sont, dans le cas prévu à l'article L 145-1 du même code, saisies dans le délai de trois ans à compter de la date des faits ;

qu'il résulte des pièces du dossier que la plainte dont le médecin-conseil et le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie de la Savoie ont saisi la section des assurances sociales portait sur des faits survenus plus de trois ans avant le 6 septembre 2011, date de l'enregistrement du mémoire de plainte à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance ; qu'il y a donc lieu de considérer qu'à cette dernière date, ces faits ne pouvaient plus faire l'objet d'une plainte, ce qui conduit à écarter de l'examen de la plainte les dossiers n°<sup>S</sup> ... ; qu'en omettant ainsi d'appliquer la prescription les premiers juges ont entaché leur décision d'illégalité ; qu'il y a lieu d'annuler cette décision et de statuer sur la plainte par voie d'évocation ;

**Sur les griefs :**

**En ce qui concerne le grief de facturation d'actes non réalisés :**

2. Considérant qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que le Dr H a, dans un grand nombre de dossiers facturé, en sus des actes qu'il réalise effectivement, des cotations supplémentaires dont aucun cliché, aucune mention dans les comptes rendus ni aucun autre document ne viennent justifier la réalisation ; que tel est le cas de prétendus « dopplers » de l'aorte (n° 259), de la thyroïde (n° ...) des artères iliaques (n° ...) ou du membre inférieur, des veines des membres supérieurs (n°...) ou inférieurs (n°...), d'échographies dopplers des vaisseaux des bourses et du cordon spermatique (n°...) des échographies de la peau et des tissus mous (n°...) ;

que doivent cependant être écartés de la

plainte les dossiers n°... pour lesquels les dopplers ont été réalisés ;

qu'aucune radiographie du crâne et/ou du massif facial n'a pu être retrouvée pour les dossiers n°... ;

qu'il ne ressort pas non plus des pièces du dossier que des incidences particulières de radiographie de l'articulation temporo-mandibulaire aient été réalisées pour les dossiers n°... qui se limitent à de simples « panoramiques dentaires » ;

que s'agissant des dossiers n°..., le Dr H a facturé en sus des clichés du crâne ou du rachis cervical des clichés du tissu mou du cou alors que ceux ci sont une simple extrapolation des clichés primaires sans réalisation d'incidence spécifique ;

que le praticien a facturé un examen de la ceinture scapulaire mais a effectué des clichés d'une seule épaule (n°... ) ;

qu'il a facturé un examen de la main et des doigts mais effectué des clichés des deux poignets (n°...) ;

qu'il a facturé un examen des pieds, genoux et de jambe mais effectué seulement les pieds et les genoux ( n° ... ) ;

qu'il a facturé un examen des pieds et des chevilles mais effectué seulement les pieds (n°...) ;

qu'il a facturé un examen du genou non réalisé (n°...) ;

qu'il ne résulte pas du dossier que des tomographies auraient été réalisées pour les patients n°... ;

que ces différentes techniques, qui ne sauraient être le résultat de simples erreurs liées à sa méconnaissance de la nomenclature comme le soutient le Dr H, ont permis à ce praticien de facturer un grand nombre d'actes qui en réalité n'ont pas été effectivement réalisés ; qu'ainsi le grief d'acte fictif peut être retenu ;

**En ce qui concerne la réalisation des comptes rendus :**

3. Considérant, qu'en vertu de l'article R 1333-66 du code de la santé publique : « Aucun acte exposant aux rayonnements ionisants ne peut être pratiqué sans un échange préalable d'information écrit entre le demandeur et le réalisateur de l'acte (...) Le médecin réalisateur de l'acte indique sur un compte rendu les informations au vu desquelles il a estimé l'acte

justifié, les procédures et les opérations réalisées ainsi que toute information utile à l'estimation de la dose reçue par le patient » ;

que l'arrêté du 22 septembre 2006 relatif aux informations dosimétriques devant figurer dans un compte rendu d'acte utilisant les rayonnements ionisants précise le contenu de ces informations au nombre desquelles les éléments de justification de l'acte et la procédure réalisée ainsi que diverses mentions relatives au matériel utilisé et aux conditions de l'acte ;

qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier qu'aucun compte rendu n'a été rédigé par le Dr H dans 56 cas de réalisation de panoramiques dentaires (n<sup>os</sup>...) ainsi que pour la réalisation de différentes radiographies dans les dossiers n<sup>os</sup>...

que les comptes rendus rédigés pour les patients n<sup>os</sup>... ont un caractère partiel ;

que si selon le Dr H les chirurgiens-dentistes et les stomatologues souhaitent intégrer eux-mêmes les données de l'imagerie à celle de la clinique et à l'imagerie endobuccale qu'ils réalisent, cette circonstance ne saurait justifier l'absence de leur réalisation et de l'inscription des mentions prévues par les dispositions précitées ; qu'ainsi les griefs de la plainte relatifs à la réalisation des comptes rendus doivent être retenus ;

qu'il y a lieu cependant d'écarter le grief tiré du défaut d'indication de l'examen réalisé pour les dossiers n<sup>os</sup>..., cette indication se déduisant de l'ensemble des données du compte rendu ;

qu'il y a aussi lieu d'écarter le grief invoqué au point 4 de la plainte relatif à la non conservation des comptes rendus, cette absence de conservation n'étant que la conséquence de l'absence de leur réalisation déjà relevée par ailleurs ;

**En ce qui concerne les surcotations ou cotations erronées :**

**4. Considérant en premier lieu** que l'examen des pièces du dossier et notamment la comparaison entre les comptes rendus et les codifications retenues permet d'établir **que le Dr H a dans un grand nombre de cas retenu la tarification la plus élevée en mentionnant un nombre d'incidences supérieur à celui réellement effectué ou**

**en substituant au code applicable un code plus rémunérateur ;**

qu'un parti pris de majoration systématique du nombre d'incidences peut ainsi être relevé pour les dossiers n<sup>os</sup>... (radiographies de la ceinture scapulaire et de l'épaule), les dossiers n<sup>os</sup>... ne pouvant être retenus pour ce grief en raison de l'absence de clichés ;

que doivent être retenus les dossiers n<sup>os</sup>... pour la cotation de radiographies coxo fémorales quatre incidences, les dossiers n<sup>os</sup>... réalisés sur la même région anatomique devant être écartés en raison de l'absence de clichés ;

que s'agissant des radiographies de genou cinq incidences doivent être retenus en raison de la surcotation des actes les dossiers n<sup>os</sup>...

qu'un grand nombre d'erreurs de codage des échographies peuvent aussi être relevées, toujours dans le sens le plus onéreux pour l'assurance maladie, notamment pour les dossiers n<sup>os</sup>... (doppler des artères cervico-céphaliques extra crâniennes au lieu d'échographie transcutanée des glandes salivaires ou de la glande thyroïde), n<sup>os</sup>... (doppler des artères iliaques et des artères des membres inférieurs au lieu d'échographie des articulations), n<sup>os</sup>... (doppler des veines du membre supérieur au lieu d'échographie de l'articulation et de son appareil capsuloligamentaire), n<sup>os</sup>... (dopplers des veines à la place d'échographies), n<sup>os</sup>... (échographies du rein et du pelvis ou de l'abdomen et du pelvis alors qu'ont été réalisées des échographies du rein et de la vessie, ou de l'abdomen ou de l'appareil génital féminin ou du pelvis ou de l'étage supra abdominal) ;

que compte tenu de son caractère répétitif ce parti pris de majoration des coûts mis à la charge de l'assurance maladie ne saurait résulter de simples erreurs ;

**5. Considérant, en deuxième lieu, qu'il est fait grief au Dr H d'avoir pour différents motifs facturé à l'assurance maladie des actes médicaux non remboursables ;**

qu'il en est ainsi d'échographies de la hanche pour des enfants de plus de trois jours (dossiers n<sup>os</sup>...) ou de radiographies de l'hémisquelette pour calcul de l'âge osseux réalisées sur des enfants de plus de

deux ans (dossiers n<sup>os</sup>...) ; que les ostéodensitométries pratiquées sur les patientes n<sup>os</sup>..., déjà citées ne correspondaient à aucune indication remboursable car non fondées sur les données acquises de la science ; qu'il résulte de l'article I-4 des dispositions générales de la CCAM et de l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale que **les examens pratiqués en vue de l'élaboration d'un acte administratif ne sont pas remboursables** ; qu'il suit de là que le Dr H ne pouvait facturer en vue de leur remboursement par l'assurance maladie les dossiers n<sup>os</sup>...

**6. Considérant, en troisième lieu,** qu'aux termes de l'article III-3 des dispositions communes de la CCAM : « Pour les actes d'échographie, lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé » ; qu'il résulte des pièces du dossier qu'en méconnaissance de cette règle le Dr H a dans les dossiers n<sup>os</sup>... cumulé la facturation d'échographies portant sur plusieurs régions anatomiques pratiquées au cours d'une même séance alors qu'il résulte des dispositions ci-dessus qu'un seul acte pouvait être facturé ; que s'agissant des dossiers n<sup>os</sup>... ce cumul a porté sur trois actes ;

**7. Considérant, en quatrième lieu, qu'il est fait grief au Dr H d'avoir retenu des codes différents de ceux correspondant à la réalité de l'acte effectué et plus onéreux pour l'assurance maladie ;**

que tel est le cas du choix de la cotation de radiographie de la ceinture pelvienne du bassin à la place de radiographie de l'abdomen sans préparation (patients n<sup>os</sup>...) ; que d'autres erreurs de codage peuvent aussi être relevées dans les dossiers n<sup>os</sup>... (thyroïde plutôt que tissus mous ou glande salivaire), n<sup>os</sup>... (radiographie du thorax cotée en sus d'une radiographie du squelette du thorax), n<sup>os</sup>... (cotations de deux clichés sur une seule plaque incluant main et poignet), n<sup>o</sup>... (erreur sur le membre), n<sup>os</sup>... (cotations de deux clichés sur une seule plaque incluant les deux pieds) ;

**8. Considérant, en cinquième lieu,** que selon l'article 1-10 des dispositions générales de la CCAM relatif à la facturation des actes identiques, lorsqu'un libellé comporte la mention unilatéral ou bilaté-

ral, il convient de noter le code une seule fois ; cette règle interdisait ainsi qu'il est dit au considérant 5 de la présente décision de facturer deux « radiographies unilatérales ou bilatérales » LBQK005 dossiers n<sup>os</sup>...

9. **Considérant, en sixième lieu**, qu'il résulte de l'article 1-13 sur la convention d'écriture des libellés **que le partitif « de » implique une seule tarification quel que soit le nombre de clichés** ; cette règle faisait obstacle à coter plusieurs clichés après une radiographie de la main et du doigt dans les dossiers n<sup>os</sup>... (MKQK001) ;

10. Considérant, en septième lieu, qu'il résulte des dispositions combinées de 1-9 et de III-2 que **la réalisation d'actes bilatéraux à titre comparatif relève de l'application d'un coefficient modificateur et non d'une double cotation** ; en l'espèce le modificateur C (49 %) s'agissant de radiographies de la main ou de doigt dans les dossiers n<sup>os</sup>... ; du poignet dans les dossiers n<sup>os</sup>..., des radiographies du pied dans les dossiers n<sup>os</sup>... ; de la radiographie de la ceinture scapulaire et/ou de l'épaule (dossiers n<sup>os</sup>...) ; de radiographies de l'articulation coxofémorale dans le dossier n° 19 ; de radiographies du genou dans les dossiers n<sup>os</sup>..., des radiographies de la cheville dans les dossiers n<sup>os</sup>... ;

11. **Considérant, en huitième lieu**, qu'il résulte des paragraphes 13.01.01 et 14.01.02 de la CCAM **que la radiographie d'un segment d'un membre inclut la radiographie des articulations adjacentes** ; que cette dernière ne pouvait donc être cotée en sus dans les dossiers n<sup>os</sup>... (radiographies de poignet) et pour les dossiers n<sup>os</sup>... (radiographies de cheville) ;

12. **Considérant, en neuvième lieu**, qu'aux termes du paragraphe 14.01.02 de la CCAM, **en cas d'association d'une radiographie de l'articulation coxofémorale quel que soit le nombre d'incidences avec la radiographie de la ceinture pelvienne, seule la radiographie de la ceinture pelvienne selon une incidence peut être facturée** ; que cette règle interdisait au Dr H de coter les radiographies de la ceinture pelvienne selon trois incidences comme il l'a fait dans les dossiers n<sup>os</sup>... ; qu'aux termes de la règle 12.01.03.01 en cas d'association d'une radiographie de la

colonne vertébrale seule la radiographie de la ceinture pelvienne peut être facturée (dossiers n<sup>os</sup>...) ;

13. Considérant, en dixième lieu, que selon l'article III B 2 h de la CCAM « *Si pour des raisons médicales ou dans l'intérêt du patient, un médecin ou un chirurgien-dentiste réalise des actes à des moments différents et discontinus de la même journée, à l'exclusion de ceux effectués dans une unité de réanimation ou dans une unité de soins intensifs de cardiologie en application des articles D 6124-27 et D 6124-107 du code de la santé publique, sur un même patient et qu'il facture ces actes à taux plein, il doit le justifier dans le dossier médical du patient qui est tenu à la disposition du contrôle médical* » ; que le Dr H ne justifie pas les raisons pour lesquelles dans le dossier 13 il a pratiqué des actes à des moments différents de la journée, auxquels il a appliqué des suppléments YYYY187 pour archivage, dont il aurait aussi dû donner la justification médicale ;

14. **Considérant, en onzième lieu**, qu'il résulte du paragraphe 19.02.07 de la CCAM **que le supplément YYYY187 ne peut être facturé qu'une seule fois par association d'actes quel que soit le nombre d'actes utilisés** ; que le Dr H ne pouvait ainsi facturer ce supplément plusieurs fois pour la même séance d'actes dans les 91 dossiers n<sup>os</sup>... ; que la même disposition ne lui permettait pas de facturer le dit supplément avec une mammographie en dehors du dépistage du cancer du sein comme il l'a fait dans les dossiers n<sup>os</sup>... ;

15. **Considérant, en douzième lieu, que le paragraphe 19.02.07 de la CCAM fait obstacle à ce que le supplément YYYY030 pour examen radiographique à image numérisée soit facturé plus d'une fois par 24 heures et par patient** ; qu'en facturant plusieurs fois ce supplément dans les dossiers n<sup>os</sup>... le Dr H a méconnu cette règle ;

16. Considérant, en treizième lieu, que le supplément YYYY030 ne peut être facturé avec une mammographie en dehors du suivi de prothèse ; qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que les patientes n<sup>os</sup>... étaient dans cette situation ;

17. **Considérant, en quatorzième lieu**, qu'aux termes de l'article 1-12 des dispo-

sitions communes de la CCAM **il est impossible de tarifier un acte incluant un autre acte et ce dernier ainsi que des actes identiques réalisés sur un même site anatomique** ; que dans le dossier n° .. la radiographie de la ceinture pelvienne incluait la radiographie du sacrum, du coccyx et de l'articulation sacro iliaque interdisant tout cumul de facturation ; que dans les dossiers n<sup>os</sup>... le cumul de facturation de radiographies du crâne et du massif facial sous un nombre différent d'incidences méconnaît cette règle ;

18. **Considérant, en quinzième lieu**, que l'article 1-6 des dispositions générales de la CCAM **interdit de facturer isolément un acte compris dans la définition de l'acte global** ; que méconnaît cette règle pour les dossiers n<sup>os</sup>... la facturation isolée de la radiographie du thorax ou de l'abdomen déjà comprise dans la définition de la radiographie oeso-gastro-duodénale avec opacification par produit de contraste (TOGD) ; que la radio de l'abdomen sans préparation effectuée pour les patients n<sup>os</sup>... ne pouvait être cotée isolément de l'urographie intraveineuse avec urétrocystographie permictionnelle (UIV) ;

19. Considérant, en seizième lieu, qu'il y a lieu de retenir comme erronées en raison d'erreurs matérielles les facturations des dossiers n<sup>os</sup>... ;

**En ce qui concerne les griefs tirés de la méconnaissance des données acquises de la science :**

20. Considérant, en premier lieu, que *si le médecin est libre de ses prescriptions il s'engage* selon les termes de l'article R 4127-32 du code de la santé publique *à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science* ;

qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que la réalisation d'un grand nombre d'actes ne satisfait pas à cette condition ;

qu'il résulte ainsi de l'avis publié par la HAS en juin 2006 que l'ostéodensitométrie n'est indiquée que pour des patients présentant des risques d'ostéoporose ou recevant un traitement susceptible d'induire une telle pathologie ; que tel n'était pas le cas des patients n<sup>os</sup>... ne présentant pas ces facteurs de risque ;

que ces examens ayant été pratiqués en dehors des indications normalement admises ils auraient du être accompagnés de la mention NR ;

qu'en outre ces ostéodensitométries ont été accompagnées de radiographies systématiques dont aucun élément des dossiers ne permet de justifier de l'opportunité ;

qu'il résulte des différents référentiels applicables au dépistage du cancer du sein qu'aucun examen supplémentaire n'est à pratiquer au cas de classement en ACR 1 ou 2 ; qu'ainsi les échographies réalisées sur les patientes n<sup>os</sup>... n'ont pas de justification médicale ;

que selon les recommandations publiées par la HAS en 2008 les radiographies du sinus ne se justifient que dans des cas très particuliers de sinusites aiguës que les patients n<sup>os</sup>... ne présentaient pas ; que la même observation vaut pour le dossier n<sup>os</sup>... concernant des enfants ;

que selon les mêmes recommandations de 2008 l'imagerie radiographique du crâne ne se justifie que dans des hypothèses traumatiques que ne présentent pas les patients n<sup>os</sup>... ; que ces actes avaient donc un caractère inutile ;

que les radiographies pelviennes lors d'un examen du rachis pratiquées sur les patientes n<sup>os</sup>... ne se justifiaient pas ;

qu'il n'y a pas lieu d'examiner les griefs relatifs aux imageries des articulations temporo mandibulaires sur les patients n<sup>os</sup>... dont il est dit plus haut qu'elles n'ont pas été réalisées ;

21. Considérant, en deuxième lieu, qu'il résulte de l'avis rendu par la HAS en janvier 2009 sur les principales indications et « non indications » de la radiographie de l'abdomen sans préparation que cette technique n'a pas d'indication dans les douleurs abdominales et que sa réalisation n'a pas d'intérêt lorsque se trouvent réalisées des échographies ;

qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier que les clichés d'abdomen sans préparation (ZCQK002) ne correspondaient pas à l'indication de ces actes s'agissant des patients n<sup>os</sup>... ; que le Dr H ne justifie pas dans les circonstances de l'espèce la réalisation de radiographies bilatérales pour les patients n<sup>os</sup>... atteints de pathologies clairement décrites comme

unilatérales dans les comptes rendus correspondants ;

qu'il résulte de leurs attestations ou des comptes rendus médicaux que la réalisation de certains actes ne correspond pas à des nécessités liées à leurs pathologies ;

que tel est le cas de la radiographie pulmonaire effectuée sur le patient n<sup>o</sup> ... pour lequel un diagnostic de pneumothorax avait déjà été porté, de la radiographie panoramique pratiquée sur le patient n<sup>o</sup> ... adressé par le médecin traitant pour une échographie cervicale pour recherche d'une récidive thyroïdienne, de la radiographie du poignet pour le patient n<sup>o</sup> ... atteint d'un kyste synovial, d'un ensemble de radiographies des chevilles et du pied pratiqué sur les patients n<sup>os</sup>... souffrant de fractures d'un orteil, de la radiographie pléthorique (six actes) pour la patiente n<sup>o</sup> ... suivie en rhumatologie pour polyarthrite ;

que ces actes inutiles ont un caractère fautif tout comme la répétition de radiographies à quelques jours ou quelques semaines pratiquées sur les patients n<sup>os</sup> ... ;

### Sur les autres griefs de la plainte

22. Considérant que le grief de non respect des règles relatives au dépistage organisé du cancer du sein est fondé sur la réalisation d'échographies pour des patientes dont les mammographies étaient cotées en ACR 1 ou 2 ; que ce grief a déjà été retenu par ailleurs ;

23. Considérant que s'il est reproché au Dr H de n'avoir pas en méconnaissance de l'arrêté du 22 septembre 2006 relatif aux informations dosimétriques devant figurer dans un compte rendu d'acte utilisant les rayonnements ionisants, fait figurer dans les comptes rendus les indications des doses reçues par les patients, *le grief en cause a déjà été pris en compte au titre de l'absence ou de l'insuffisance des comptes rendus* ;

*Considérant qu'il découle nécessairement de la constatation de la réalisation par le Dr H de clichés inutiles déjà relevés dans la présente décision eu égard aux bonnes pratiques médicales ou aux pathologies présentées par les patients que ce praticien a inutilement exposé ses patients aux risques des rayonnements ionisants ;*

24. Considérant qu'eu égard au faible nombre de cas invoqués il n'y a pas lieu de retenir le *grief de modification de comptes rendus a posteriori*, le Dr H expliquant ces modifications ultérieures par un souci de rectifier le document à la relecture ;

25. Considérant que *s'il y a lieu de retenir comme fautive la réalisation d'un certain nombre d'actes mis en évidence par la plainte dont le Dr H ne conteste pas qu'ils ont été effectués par un remplaçant non déclaré utilisant irrégulièrement mais avec son accord sa carte de professionnel de santé*, cette circonstance ne saurait conduire à retirer ces actes de la liste des griefs dès lors qu'il a directement assumé et bénéficié des cotations irrégulières ; qu'il n'y a pas lieu en revanche de qualifier cette pratique de complicité d'exercice illégal de la médecine ;

26. Considérant que *les manquements ci-dessus relevés constituent des fautes* au sens de l'article L 145-1 du code de la sécurité sociale susceptibles de justifier de l'une des sanctions mentionnées à l'article L 145-2 du même code ;

que **dans les circonstances de l'espèce il sera fait une juste appréciation de leur gravité en infligeant au Dr H la sanction de l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois dont quatre mois assortis du bénéfice du sursis et en prononçant le remboursement à la caisse primaire d'assurance maladie de Savoie de la somme de 24 271,69 euros** correspondant aux actes facturés sans avoir jamais été réalisés et aux actes surcotés ;

### PAR CES MOTIFS, DÉCIDE :

**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 Rhône-Alpes en date du 24 janvier 2013 est annulée.

**Article 2** : Il est infligé au Dr H la sanction de **l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant six mois dont quatre mois avec sursis**.

**Article 3** : L'exécution de la sanction pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre du Dr H prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2015 à 0 h et cessera de porter effet le 28 février 2015 à minuit.

**Article 4 :** Le Dr H versera la somme de 24 271,69 euros à la caisse primaire d'assurance maladie de Savoie.

**Article 5 :** La requête du Dr H et le surplus des conclusions du médecin-conseil sont rejetées.

**Article 6 :** La présente décision sera notifiée au Dr H au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Savoie, à la caisse primaire d'assurance maladie de Savoie à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins de

Rhône-Alpes, au conseil départemental de l'Ordre des médecins de Savoie, au directeur général de l'Agence régionale de santé de Rhône-Alpes, au ministre chargé de la sécurité sociale et au ministre chargé de l'agriculture.

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 21 mai 2014, où siégeaient M. BARDOU, Conseiller d'Etat Honoraire, président ; M. le Dr COLSON, membre titulaire, et M. le Dr ROUSSELOT, membre suppléant, nommés par le Conseil national de l'Ordre des médecins ;

Mme le Dr GUERY et M. le Dr LEROY, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 24 septembre 2014.

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. PEIFFER

1 - Ce site est accessible à l'adresse url suivante : <http://www.jurisprudence.ordre.medecin.fr/>

2 - **Art. L145-1 CSS** (Modifié par l'art 62 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 et par l'art 74 de la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002) : Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

**Article L145-2 CSS** (Modifié par l'art. 20 de la Loi 2007-127 du 30 janvier 2007) : 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 ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :

1°) l'avertissement ;

2°) le blâme, avec ou sans publication ;

3°) l'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;

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, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au praticien d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.

Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.

3 - **Article L162-2 CSS** (Créé par l'art.1 du Décret N°85-1353 du 17 décembre 1985) : Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.

**Article L162-2-1 CSS** (Créé par l'art. 17 de « l'Ordonnance Juppé » n°96-345 du 24 avril 1996) : Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins.

4 - **Article L162-1-7 CSS** (Modifié par l'art. 50 de la LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010) : La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé, dans le cadre d'un exercice libéral ou d'un exercice salarié auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou en centre de santé ou dans un établissement ou un service médico-social, ainsi que, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, d'un exercice salarié dans un établissement de santé, à l'exception des prestations mentionnées à l'article L. 165-1, est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation. Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé ou validé par celle-ci sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

La hiérarchisation des prestations et des actes est établie dans le respect des règles déterminées par des commissions créées pour chacune des professions dont les rapports avec les organismes d'assurance maladie sont régis par une convention mentionnée à l'article L. 162-14-1. Ces commissions, présidées par une personnalité désignée d'un commun accord par leurs membres, sont composées de représentants des syndicats représentatifs des professionnels de santé et de représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Un représentant de l'Etat assiste à leurs travaux.

Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation.

Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Dans ce cas, il fixe la hiérarchisation de l'acte ou de la prestation dans le respect des règles mentionnées ci-dessus. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au Journal officiel de la République française.

Tout acte ou prestation nouvellement inscrit fait l'objet d'un examen en vue d'une nouvelle hiérarchisation dans les cinq ans qui suivent l'entrée en vigueur de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée au troisième alinéa.