

Par lettre recommandée en date du 9 juin 2009, reçue le 12 juin suivant, le Dr Eric MENER a saisi le présent Tribunal d'un recours à l'encontre d'une décision implicite de rejet de la Commission de recours amiable de la CPAM du MORBIHAN, ayant rejeté sa demande tendant à obtenir l'autorisation de tarifier ses actes au prix d'une consultation chez un médecin spécialiste, soit 23 €.

Les parties ont été convoquées à l'audience du 8 mars 2010, par lettre recommandée avec accusé de réception.

A cette date, le Dr Eric MENER, se référant à ses conclusions déposées au greffe le 12 juin 2009, demande au Tribunal de :

- infirmer la décision de la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN de refuser de prendre en charge ses consultations sur la base de la cotation CS,
- infirmer la décision de rejet par la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN de ses feuilles de soins portant la cotation CS et le refus de procéder aux règlements afférents,
- infirmer la décision de rejet de la Commission de recours amiable,
- ordonner le paiement par la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN des feuilles de soins rejetées et des factures correspondantes portant la cotation CS,
- ordonner à la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN de lui régler les actes cotés en application de la nomenclature applicable aux médecins qualifiés spécialistes et de rembourser ses patients sur cette base,
- condamner la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN à lui régler la différence entre le tarif de la cotation réglementaire (CS à 23 €) et celui qui lui a été imposé par la caisse (C à 22 €) pour l'ensemble de ses consultations depuis la date à laquelle il a commencé à utiliser la nomenclature spécialiste,
- condamner la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN à lui verser 5.000 € au titre de son préjudice moral,
- condamner la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN à lui payer 3.000 € au titre de l'article 700 du Code de procédure civile,
- condamner la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN aux dépens.

La CPAM du MORBIHAN, représentée à l'audience par Mme GUILLAS, se référant à ses conclusions remises au greffe le 8 mars 2010, sollicite que le Tribunal :

- à titre principal :
 - * ordonne le sursis à statuer jusqu'à l'intervention des arrêts de la Cour de cassation sur les neuf pourvois formés par la Caisse primaire d'assurance maladie de la DROME à l'encontre des 9 arrêts rendus par la Cour d'appel de Grenoble le 12 mars 2009,
- à titre subsidiaire :
 - * sur la procédure : se déclare incompétent au profit du Tribunal de grande instance de VANNES sur les demandes fondées sur l'article 1382 du Code civil,
 - * sur le fond :
 - dise et juge que le recours introduit par le Dr MENER n'est pas fondé,
 - constate que le Dr MENER ne peut exciper de la qualité de médecin spécialiste au sens du Code de la sécurité sociale et dès lors ne peut

mentionner la cotation CS et ne peut facturer la consultation sur la base de 23 € à ses patients,

- le déboute de toutes ses demandes, fins et conclusions,
- dise n'y avoir lieu à indemnité sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile,
- à titre reconventionnel : ordonner l'exécution provisoire de la décision intervenir.

Conformément aux dispositions de l'article 455 du Code de Procédure Civile, il convient de se référer aux conclusions écrites des parties s'agissant des moyens de droit et de fait exposés par chacune au soutien de ses prétentions.

Motifs du jugement :

- Sur la demande de sursis à statuer

L'article 378 du Code de procédure civile dispose que la décision de sursis à statuer suspend le cours de l'instance pour le temps ou jusqu'à la survenance de l'événement qu'elle détermine.

Aux termes de 9 arrêts rendus le 12 mars 2009, la Cour d'appel de GRENOBLE a déclaré légale la cotation CS pour 9 médecins en leur qualité de médecins qualifiés spécialistes en médecine générale et a ordonné le paiement par la Caisse primaire d'assurance maladie des feuilles de soins portant la cotation CS. La Caisse primaire d'assurance maladie de la DROME s'est pourvue en cassation.

La Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN sollicite que le Tribunal sursoit à statuer jusqu'à l'intervention des arrêts de la cour de cassation suite aux décisions de la Cour d'appel de GRENOBLE.

S'il semble que les instances évoquées devant cette cour d'appel ont porté sur des points de droit similaires à ceux invoqués dans le cadre de la présente procédure, il n'en demeure pas moins que ce seul argument ne saurait justifier que le Tribunal sursoit à statuer. Il est en effet dans l'intérêt d'une bonne administration de la justice qu'une réponse judiciaire soit apportée au présent litige dans les meilleurs délais. La demande de la Caisse à ce sujet sera donc rejetée.

- Sur l'exception d'incompétence soulevée par la Caisse primaire d'assurance maladie

L'article L.142-2 du Code de la sécurité sociale dispose que *"le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale connaît en première instance des litiges relevant du contentieux général de la sécurité sociale, ainsi que de ceux relatifs au recouvrement des contributions et cotisations mentionnées aux articles L. 143-11-6, L.321-4-2, L.351-3-1 et L.351-14 du Code du travail..."*

Il ressort de l'interprétation de l'article L. 142-1 du même code que cette compétence s'étend aux actions en responsabilité contre les organismes pris en leur qualité de gestionnaires d'un régime de sécurité sociale.

En l'espèce, le Dr MENER sollicite que le Tribunal sur le fondement de l'article 1382 du Code civil condamne la Caisse primaire d'assurance maladie à lui

verser la somme de 5.000 € au titre du préjudice moral subi du fait du refus de la caisse de lui reconnaître le droit de tarifier à ses patients le coût d'une consultation d'un médecin spécialiste. Son action n'est qu'une demande accessoire à un litige ressortant directement de la compétence du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale. Le Tribunal doit dès lors se déclarer compétent et rejeter l'exception de procédure invoquée par la Caisse primaire d'assurance maladie.

- Sur la qualification de médecin spécialiste en médecine générale et la tarification des actes

Il ressort de l'article L.632-2 du Code de l'éducation que le troisième cycle des études médicales est ouvert à tous les étudiants ayant validé le deuxième cycle des études médicales.

Un arrêté du ministre chargé de l'enseignement supérieur et du ministre chargé de la santé détermine tous les cinq ans le nombre d'internes à former par spécialité, en particulier celle de médecine générale, et par subdivision territoriale, compte tenu de la situation de la démographie médicale dans les différentes spécialités concernées et de son évolution au regard des besoins de prise en charge spécialisée.

L'arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine intègre la médecine générale dans son article 1^{er} consacrée à la liste des diplômes d'études spécialisées qui peuvent être acquis dans le cadre du troisième cycle des études médicales.

L'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins prévoit dans son article 1^{er} que sont reconnus qualifiés les médecins qui possèdent l'un des documents suivants :

- 1 : le diplôme d'études spécialisées
- 2 : le diplôme d'études spécialisées complémentaire, dit du groupe II qualifiant,
- 3 : le document annexé au diplôme de docteur en médecine sur lequel il est fait état de la qualification en médecine générale,
- 4 : le certificat d'études spéciales,
- 5 : la décision de qualification en médecine générale prononcée par le Conseil national de l'ordre des médecins pour les médecins ayant obtenu le diplôme d'Etat de docteur en médecine avant le 1^{er} janvier 1995.

A défaut de possession des diplômes ci-dessus mentionnés, sont prises en considération les formations et l'expérience dont se prévaut l'intéressé. Celles-ci seront appréciées dans les conditions prévues aux articles 2 à 8 du présent règlement.

L'arrêté du 6 avril 2007 modifiant l'arrêté du 30 juin 2004 précité dispose dans son article 2 qu'il est instauré dans chaque département jusqu'au 1^{er} octobre 2010 une commission de qualification de première instance en médecine générale dont le secrétariat est assuré par le conseil de l'ordre.

Ces textes de loi sont la démonstration que le législateur depuis les années 2000 a souhaité réformer les études médicales afin de créer une spécialité en médecine générale. Le projet de loi de modernisation sociale n°2415 du 24 mai 2000, dans son article 17, en est la profession de foi :

“ Le Premier ministre a annoncé lors de la clôture des états généraux de la santé le 30 juin 1999, la nécessité de réformer les études médicales afin de redonner sa place à la médecine générale, de modifier l'enseignement du second cycle pour le rendre plus ouvert sur la société, de créer un diplôme national de fin de second cycle pour établir des passerelles avec d'autres disciplines et d'avoir accès au troisième cycle par un concours de l'internat classant, national et anonyme, la médecine générale étant traitée comme une spécialité et sa durée de formation passant à trois ans. ”

Cette spécialité en médecine générale valide donc des qualifications reconnues, l'assurance pour le patient que le médecin qui se prévaut de cette spécialité, soit a suivi une formation et un programme d'enseignements théoriques et pratiques particulier dans le cadre d'un troisième cycle, soit a justifié auprès d'une commission de qualification de première instance en médecine générale de ses compétences particulières et a été reconnu comme spécialiste.

Le médecin généraliste titulaire d'une spécialité en médecine générale se distingue donc de ses confrères médecins généralistes non spécialisés.

La nomenclature générale des actes professionnels définit dans son article 2 les lettres clés et les coefficients applicables pour la cotation des actes des médecins. Ainsi, C signifie consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme. CS correspond à une consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

La seule condition dès lors pour qu'un médecin puisse prétendre à une cotation CS est qu'il soit qualifié dans une spécialité. La médecine générale ayant été élevée au rang de spécialité par les textes réglementaires précédemment rappelés, les médecins généralistes spécialisés en médecine générale doivent pouvoir coter leurs actes par la lettre CS.

Pour s'opposer à cette argumentation, la Caisse primaire d'assurance maladie invoque les dispositions de l'article L.162-5 du Code de la sécurité sociale et le décret du 16 janvier 2007 qui prévoient que les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins, y compris en matière de tarification sont définis par les conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes. Or, ces conventions nationales signées par les médecins le 12 janvier 2005, soit postérieurement à la loi du 17 janvier 2002 et à l'arrêté du 16 janvier 2004, prévoient que la consultation des médecins en médecine générale est cotée C à 22 €.

Seulement, ces conventions nationales n'abordent pas la particularité des médecins généralistes spécialisés en médecine générale. Or, en raison de leur qualification particulière, sanctionnée par un diplôme ou encore par une décision d'une commission d'aptitude pour les médecins en activité, il est justifié qu'ils puissent prétendre à une tarification en adéquation avec leur qualification particulière.

Il n'est pas contesté par la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN que le Dr Eric MENER a obtenu, le 19 octobre 2007, du conseil départemental de l'ordre des médecins du MORBIHAN la qualification de

spécialiste en médecine générale. Il était donc légitime à porter la cotation CS sur les feuilles de soins délivrées à ses patients

La décision de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN sera donc infirmée et il sera ordonné à la Caisse :

- de payer au Dr MENER les feuilles de soins portant la cotation CS qu'elle avait refusées,
- de lui régler les actes cotés en application de la nomenclature applicable aux médecins qualifiés spécialistes et de rembourser ses patients sur cette base,
- de lui verser la différence entre le tarif de la consultation CS et celui de la consultation C pour l'ensemble de ses consultations, depuis le 17 mars 2009.

- Sur les dommages et intérêts

L'article 1382 du Code civil dispose que tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer.

En l'espèce, il est établi que la Caisse primaire d'assurance maladie n'a pas seulement refusé de rembourser les consultations cotées CS par le Dr MENER, mais elle a également adressé à chaque patient concerné un courrier mettant directement en cause cette pratique, contraignant ainsi le Dr MENER à cesser d'appliquer la cotation qui lui semblait légitime.

Cette intervention auprès de la clientèle de ce praticien a indéniablement porté atteinte à la probité et à l'image de ce professionnel.

Le Dr MENER est donc bien fondé à solliciter la réparation de son préjudice moral et à ce titre la Caisse primaire d'assurance maladie sera condamnée à lui verser une somme de 1.000 €.

L'allocation de cette somme est suffisante pour réparer l'intégralité de ce préjudice sans qu'il ne soit nécessaire d'ordonner à la Caisse d'envoyer à chaque patient ayant reçu un courrier rejetant la feuille de soins portant la cotation CS jugée erronée, une lettre rectificative l'informant que le praticien avait à bon droit appliqué la cotation CS. Le Dr MENER sera donc débouté de cette demande.

- Sur les frais irrépétibles et les dépens

La Caisse primaire d'assurance maladie sera condamnée à verser au Dr MENER la somme de 1.500 € sur le fondement de l'article 700 du Code de procédure civile.

Il sera par ailleurs rappelé que la procédure devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale est gratuite et sans frais.

- Sur l'exécution provisoire

Au regard de la nature du litige, il n'y a pas lieu d'ordonner l'exécution provisoire du présent jugement.

Solution du litige :

PAR CES MOTIFS

Le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale, vidant son délibéré du 26 avril 2010, statuant publiquement, par jugement contradictoire en premier ressort :

DIT n'y avoir lieu de surseoir à statuer

SE DÉCLARE compétent pour statuer sur la demande accessoire en dommages et intérêts présentée par le Dr Eric MENER fondée sur les dispositions de l'article 1382 du Code civil.

INFIRME la décision de la Commission de recours amiable de la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN en date du 21 août 2009.

DIT que le Dr Eric MENER, médecin généraliste spécialiste en médecine générale, est en droit de porter la cotation CS sur les feuilles de soins de ses patients.

ORDONNE à la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN

- de payer au Dr MENER les feuilles de soins portant la cotation CS qu'elle avait refusées,

- de lui régler les actes cotés en application de la nomenclature applicable aux médecins qualifiés spécialistes et de rembourser ses patients sur cette base,

- de lui verser la différence entre le tarif de la consultation CS et celui de la consultation C pour l'ensemble de ses consultations, depuis le 17 mars 2009.

CONDAMNE la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN à verser une somme de 1.000 € au Dr Eric MENER en réparation de son préjudice moral.

CONDAMNE la Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN à verser au Dr Eric MENER une somme de 1.500 € au titre des frais irrépétibles.

DÉBOUTE le Dr MENER du surplus de ses demandes.

DÉBOUTE La Caisse primaire d'assurance maladie du MORBIHAN de ses demandes.

DIT n'y avoir lieu d'ordonner l'exécution provisoire du présent jugement.

RAPPELLE que la procédure devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale est gratuite et sans frais.

DIT que tout appel de la présente décision doit, à peine de forclusion, être interjeté dans le mois de la réception de la notification.

La Secrétaire

La Présidente

