

N° du dossier: 20800011

EXPEDITION

REPUBLIQUE FRANÇAISE  
AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS  
TRIBUNAL DES AFFAIRES DE SECURITE SOCIALE

JUGEMENT DU 14 OCTOBRE 2009

PARTIE DEMANDERESSE :

DOCTEUR M

67

représenté par Maître SULTAN Monique, Avocat au Barreau de Strasbourg, comparante

PARTIE DEFENDERESSE :

CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE DE  
SELESTAT

2 avenue de Schweisguth  
BP229

67605 SELESTAT CEDEX

représentée par Madame RAUL Patricia, Responsable du Service Contrôle Contentieux et Répression  
des Fraudes, comparante

1. Mme KLUGHERTZ Martine, Présidente  
au Tribunal de Grande Instance  
Présidente

2.M. HUFFENUS Charles Assesseur  
représentant les employeurs

3.Mme RETTENMOSER Christiane  
Assesseur représentant les salariés

Secrétaire présente aux débats : MEYER Mireille

DEBATS : à l'audience publique du 16 septembre 2009

DELIBERE : fixé au 14 octobre 2009

JUGEMENT :

prononcé publiquement par la Présidente  
contradictoire, en premier ressort, signé par  
Mme KLUGHERTZ, Présidente et par Mme  
MEYER, Secrétaire assermentée

## FAITS ET PROCEDURE

Par lettre recommandée avec accusé de réception du 3 janvier 2008, Monsieur M a saisi le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale du Bas-Rhin d'un recours à l'encontre de la décision de la Commission de Recours Amiable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat du 17 décembre 2007 rejetant sa demande de prise en compte d'une feuille de soins électronique cotée CS au lieu de C.

A l'audience du 16 septembre 2009, Monsieur M, représenté par son conseil, demande au Tribunal :

- de débouter la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat de sa demande de sursis à statuer ;
- de déclarer le Docteur M recevable et bien fondé en son action ;
- de dire mal fondées les décisions prises par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat le 16 octobre 2007 et sur recours par la Commission de Recours Amiable du 17 décembre 2007 ;
- d'annuler la décision prise par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat le 16 octobre 2007 ;
- de dire qu'en sa qualité de « spécialiste en médecine générale », le Docteur M est bien fondé à solliciter la cotation de ses actes en CS ;
- de dire que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat devra procéder au remboursement de la consultation médicale litigieuse au tarif correspondant à la cotation CS ;
- de débouter la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat de toutes ses demandes, fins et conclusions ;
- de condamner la\* Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat à payer au requérant une indemnité de 2 000,00 € au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile ;
- d'ordonner l'exécution provisoire du jugement à intervenir.

Il fait valoir à l'appui de son recours que :

- des pourvois en cassation ont été formés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme à l'encontre d'arrêts rendus le 12 mars 2009 par la Cour d'Appel de Grenoble ;
- il ne s'agit nullement d'une question préjudicielle, la question de compétence de la juridiction ne se posant pas ;
- la juridiction de céans est souveraine ;
- les litiges invoqués ne concernent pas les mêmes parties ;
- pour ordonner le sursis à statuer, il faut que le résultat de la procédure à venir ait une conséquence sur l'affaire en cours ;
- tel n'est pas le cas d'un arrêt de cassation qui ne concerne pas les mêmes parties, la seule similitude étant le point de droit ;
- le Docteur M a un intérêt économique immédiat à voir ce litige solutionné ;
- la loi de modernisation sociale a bouleversé les anciennes règles :
  - en créant un nouveau Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale, la médecine générale devient une spécialité à part entière et une discipline universitaire ;
  - en permettant d'accorder aux médecins en exercice ce titre sous réserve d'un contrôle de qualification réalisé par une Commission de Qualification de Première Instance en Médecine Générale ;
- cette reconnaissance autorise les médecins concernés à porter le titre de spécialiste et à en faire usage dans leurs documents professionnels ;
- ils doivent se voir reconnaître les droits pécuniaires attachés à cette reconnaissance ;
- la Nomenclature Générale des Actes Professionnels doit s'appliquer et être interprétée au regard des nouvelles dispositions légales ;
- le spécialiste de médecine générale est un spécialiste de sorte que la cote CS s'applique à lui ;
- c'est la Caisse qui est illisible quand elle refuse d'appliquer à un spécialiste de médecine générale une cotation CS destinée au médecin spécialiste.

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat demande au Tribunal :

- d'ordonner 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 Drôme à l'encontre des neuf arrêts de la Cour d'Appel de Grenoble rendus le 12 mars 2009 ;

et à défaut :

- de dire que le recours introduit par le requérant n'est pas fondé ;

- de constater que le requérant 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 ;
- de le débouter de toutes ses demandes, fins et conclusions ;
- de dire n'y avoir lieu à indemnité sur le fondement de l'article 700 du Code de Procédure Civile ;

et reconventionnellement :

- de lui faire interdiction sous une astreinte de 30 € par feuille de soins non conforme de continuer à mentionner sur la feuille de soins la cotation CS ;
- d'ordonner l'exécution provisoire de la décision à intervenir.

Elle fait valoir que :

- le Docteur M a coté une consultation en CS le 8 octobre 2007 et la feuille de soins télétransmise a été rejetée au moment du paiement au motif qu'un médecin généraliste ne peut effectuer un acte coté CS,
- dans un souci de bonne administration de la justice, il est demandé à la juridiction de céans de surseoir à statuer conformément aux dispositions des articles 377 et 378 du Code de Procédure Civile dans l'attente des arrêts de la Cour de Cassation à intervenir suite aux pourvois formés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme à rencontre des neuf arrêts rendus le 12 mars 2009 par la Cour d'Appel de Grenoble ;
- s'agissant d'une question de principe et d'interprétation de la loi, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'une question à caractère préjudiciel susceptible de nécessiter l'intervention de la Haute Cour ;
- dans la mesure où la décision isolée de la Cour d'Appel de Grenoble est frappée d'un pourvoi en cassation, seule la décision de la Cour suprême permettra de connaître la règle de droit ;
- l'ensemble des juridictions de première instance est allé dans le sens de l'interprétation du droit qu'a fait la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme ;
- le législateur, malgré la définition de la qualification de « spécialiste en médecine générale », n'a pas modifié les règles applicables pour la facturation des actes effectués par le médecin qui pratique la médecine générale ;
- le Docteur M se méprend totalement tant sur le contexte que sur la portée de la réforme du 17 janvier 2002 ;
- la demande présentée par le Docteur M est totalement infondée en raison :
  - de l'indépendance des législations ;
  - de la portée de la loi du 17 janvier 2002 et de ses décrets d'application limitée ;
  - des dispositions du Code de l'Education créant le Diplôme d'Etude Spécialisée de spécialiste en médecine générale mais ne transformant pas ces praticiens en spécialistes ;
  - du Code de la Santé Publique qui maintient la distinction entre médecin généraliste et médecin spécialiste ;
  - du rapprochement de la formation des médecins généralistes et des médecins spécialistes qui n'emporte aucune conséquence sur la pratique de la médecine générale ;
  - de l'absence de modification des dispositions du droit de la Sécurité Sociale ;
  - de la création du titre de médecin spécialiste en médecine générale qui n'a aucune incidence sur les conventions conclues avec les organismes de Sécurité Sociale ;
  - du maintien de la distinction entre médecin omnipraticien et médecin spécialiste qui s'impose aux cotations conformément à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ;
- en ce qui concerne la cotation, c'est bien l'activité et la pratique qui priment, puisque la Nomenclature Générale des Actes Professionnels est une nomenclature d'actes professionnels ;
- aucune modification n'a été apportée à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels qui distingue clairement le médecin omnipraticien et le médecin spécialiste qualifié ;
- l'erreur qui s'est glissée dans la fiche des médecins généralistes de secteur 1 a été régularisée le 24 mars 2009, dès qu'elle a été détectée ;
- en terme d'opposabilité, ces fiches n'ont aucune valeur juridique, mais indicative ;
- la spécialisation ne saurait se réduire au titre, mais doit correspondre à une activité et une pratique professionnelle spécifique sur la base de laquelle a été élaborée la nomenclature des actes professionnels.

Il est expressément référé aux écritures des parties pour un plus ample exposé des faits, de la procédure suivie et des moyens soulevés conformément aux dispositions de l'article 455 du Code de Procédure Civile.

L'affaire a été mise en délibéré au 14 octobre 2009.

## MOTIFS DE LA DECISION :

### 1) Sur la demande de sursis à statuer :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat sollicite le sursis à statuer en raison d'un pourvoi en cassation, en cours, faisant suite à neuf arrêts de la Cour d'Appel de Grenoble en date du 12 mars 2009 ordonnant le paiement au docteur ... par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Drôme des feuilles de soins portant la cotation CS.

En l'espèce, il n'apparaît pas être de bonne administration de la justice de surseoir à statuer dans la présente affaire, les parties n'étant pas les mêmes et le Docteur M ayant un intérêt financier immédiat à la solution du litige.

Il convient, en conséquence, de débouter la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat de sa demande de sursis à statuer.

### 2) Sur la demande principale :

L'article L 162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que la prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation ... est subordonnée à leur inscription sur une Liste.

L'article 2 de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels prévoit que tout acte est désigné par une lettre clé et un coefficient, et que selon le type de l'acte, les lettres clés sont les suivantes :

- C - Consultation au cabinet par le médecin omnipraticien, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme ;
- CS - Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié ou le chirurgien-dentiste spécialiste qualifié.

La seule condition pour qu'un médecin bénéficie de la cotation CS est, en conséquence, qu'il soit un « médecin spécialiste qualifié ».

La loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 et les textes réglementaires ont eu pour but de réorganiser les études de médecine.

Actuellement coexistent :

- des médecins généralistes ayant obtenu la qualification de « spécialiste en Médecine Générale » ;
- des médecins généralistes n'ayant pas obtenu la qualification de « spécialiste en Médecine Générale » ;
- des médecins spécialistes d'autres disciplines.

Or, d'après l'article 9 de l'arrêté du 30/06/2004 portant réglementation de qualification des médecins, c'est le Conseil Départemental qui établit la liste des médecins spécialistes de son département.

Le Docteur M a obtenu la qualification de « spécialiste en Médecine Générale » par décision du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Bas-Rhin en date du 6 septembre 2007.

Le Docteur M remplit, en conséquence, les conditions de qualification nécessaires et peut prétendre à la cotation CS réservée aux spécialistes tel que le prévoit la Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

La cotation « CS » étant seulement une Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié, il n'appartient pas à la Caisse Primaire de modifier le sens qui lui est donné en intégrant une notion de médecine de premier recours par opposition à une médecine de spécialisation, notion qui n'apparaît pas dans la définition de la cotation « CS ».

Par ailleurs, la distinction entre « C » et « CS » de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels, non modifiée après la loi de modernisation du 17 janvier 2002, conserve toute sa pertinence au vu de la coexistence actuelle de médecins généralistes ayant obtenu la qualification de « spécialiste en Médecine Générale », de médecins généralistes n'ayant pas obtenu la qualification de « spécialiste en Médecine Générale » et des médecins spécialistes d'autres disciplines.

Il convient, en conséquence, d'infirmier la décision de la Commission de Recours Amiable du 17 décembre 2007 et de statuer tel qu'énoncé dans le dispositif de la présente décision.

L'équité commande de condamner la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat au paiement d'une somme de 1 000,00 € au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile.

PAR CES MOTIFS :

Le Tribunal, statuant publiquement, par jugement contradictoire et en premier ressort,

DEBOUTE la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat de sa demande de sursis à statuer ;

DEBOUTE la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat de l'ensemble de ses demandes ;

INFIRME la décision de la Commission de Recours Amiable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat du 17 décembre 2007 ;

DIT que le Docteur M peut solliciter la cotation de ses actes en CS ;

CONDAMNE la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Sélestat à verser à Monsieur M une somme de 1 000,00 € au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile ;

\*

DIT qu'appel peut être interjeté dans le délai d'un mois de la notification de la présente décision.

LA PRESIDENTE :  
Signé M. KLUGHERTZ

LA SECRETAIRE  
Signé M. MEYER

Pou\* expédition conforme  
Le Secrétaire-

