

**COUR D'APPEL DE GRENOBLE**

**CHAMBRE SOCIALE**

**ARRET DU JEUDI 12 MARS 2009**

Appel d'une décision (N° RG 20070642)  
rendue par le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale de VALENCE  
en date du 29 mai 2008  
suivant déclaration d'appel du 19 Juin 2008

**APPELANT :**

**Monsieur ~~XXXXXXXXXX~~**  
**~~XXXXXXXXXX~~**  
26500 BOURG LES VALENCE

Comparant en personne, assisté de Me Carole YOUNES (avocat au barreau de PARIS)

**INTIMEE :**

**La CPAM DE LA DROME prise en la personne de son représentant légal en exercice domicilié en cette qualité audit siège**  
Avenue du Président E. Herriot  
BP 1000  
26024 VALENCE CEDEX

Représentée par M. FRANCO, muni d'un pouvoir spécial

**COMPOSITION DE LA COUR :**

**LORS DES DEBATS ET DU DELIBERE :**

Monsieur Daniel DELPEUCH, Président de Chambre,  
Monsieur Eric SEGUY, Conseiller,  
Madame Dominique JACOB, Conseiller,

Assistés lors des débats de Mme Corinne FANTIN, Adjoint faisant fonction de Greffier.

**DEBATS :**

A l'audience publique du 05 Février 2009,  
Les parties ont été entendues en leurs conclusions et plaidoirie(s).

Puis l'affaire a été mise en délibéré au 12 Mars 2009.

L'arrêt a été rendu le 12 Mars 2009.

Le docteur [REDACTED] a été qualifié spécialiste en médecine générale par décision du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Drôme le 21 juin 2007.

Malgré sa qualification de spécialiste il s'est vu refuser par la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme la prise en charge de ses actes de consultation sur la base de la cotation CS correspondant à une cotation spécialiste.

Le tribunal des affaires de sécurité sociale de Valence a été saisi le 11 janvier 2008 et par jugement en date du 29 mai 2008, il a débouté le docteur [REDACTED] de sa demande, le condamnant au paiement d'une astreinte de 30 euros par feuille de soins non correctement cotée avec exécution provisoire.

La Cour est saisie par l'appel interjeté le 19 juin 2008 par le docteur [REDACTED] suite à la notification du jugement reçu le 03/06/2008.

### Demandes et moyens des parties

Le docteur [REDACTED], appelant, demande à la cour de réformer le jugement entrepris et de constater la légalité de la cotation CS utilisée en sa qualité de médecin qualifié spécialiste en médecine générale.

Le docteur [REDACTED] demande à la cour d'infirmer la décision de la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme de refuser de prendre en charge ses feuilles de soins cotées CS et d'ordonner le paiement de ces feuilles de soins cotées CS, subsidiairement de rejeter la demande reconventionnelle de la caisse primaire d'assurance maladie de lui faire interdiction de continuer à mentionner cette cotation CS sous astreinte, de condamner la caisse à lui payer la somme de 5 000 euros sur le fondement des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile et à payer les dépens de première instance et d'appel.

Le docteur [REDACTED] expose en ses conclusions régulièrement communiquées, déposées et développées oralement à l'audience que :

- 1) la loi de modernisation sociale n° 2002-73 du 17 janvier 2002 a créé une spécialité de médecine générale à l'instar des autres spécialités médicales, le décret du 16 janvier 2004 ayant modifié l'organisation des études du 3<sup>ème</sup> cycle et l'arrêté du 22 septembre 2004 ayant inscrit la médecine générale dans la liste des diplômes sanctionnant le 3<sup>ème</sup> cycle d'études spécialisées de médecine et l'arrêté du 30 juin 2004 ayant consacré la reconnaissance de la qualification de spécialiste aux médecins généralistes en exercice par validation des acquis professionnels et de leur formation, appréciée par la commission de qualification constituée par spécialité,
- 2) dès lors que la spécialité est reconnue, la cotation CS doit s'appliquer puisque les conditions de son bénéfice sont remplies par la procédure de qualification de médecin spécialiste (l'autre procédure étant l'obtention d'un DES et/ou d'un DESC dit du groupe II)
- 2-2) la cotation CS est applicable au médecin spécialiste qualifié, ce qu'est le docteur Tivolle par l'obtention de la qualification octroyée par la commission du conseil de l'ordre des médecins,
- 2-3) il n'était donc pas nécessaire ni utile de modifier les textes de la sécurité sociale,
- 3) la cotation C ne s'applique qu'aux omnipraticiens non spécialistes,
- 4) La Nomenclature Générale des Actes Professionnels définit les actes (elle est établie par voie réglementaire) et leur cotation alors que la convention médicale ne fait que valoriser ces actes en valorisant la lettre clef
- 4-2) des majorations spécifiques pour les médecins omnipraticiens sont sans incidence que le bénéfice de la cotation CS pour ceux qui entrent dans le champ de la spécialité

La caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme, intimée, demande à la cour de confirmer le jugement et de condamner le docteur [REDACTED] à lui payer la somme de 300 euros sur le fondement des dispositions de l'article 700 du code de procédure civile et à payer les dépens (étant rappelé que la procédure étant sans représentation obligatoire, l'article 699 du code de procédure civile ne s'applique pas).

La caisse expose en ses conclusions régulièrement déposées, visées et développées oralement à l'audience que :

- 1) les législations issues du droit public et du droit privé ne se mélangent pas et dès lors que la loi 2002-73 n'a pas modifié le droit de la sécurité sociale

1-2) la sécurité sociale n'a donc pas à prendre en compte la nouvelle création dès lors que les textes ne visent que l'ancienne distinction entre médecin spécialiste et médecin généraliste et que le bénéfice de la qualification par la commission de l'ordre des médecins ne sert qu'à leur «apporter un avantage concurrentiel» !,  
2) cette création n'a pas d'incidence sur le dispositif conventionnel.

### MOTIFS DE LA DECISION :

Attendu que pour un plus ample exposé des faits, de la procédure et des moyens des parties, la Cour se réfère à la décision attaquée et aux conclusions déposées et soutenues à l'audience ;

Attendu que l'article 1 de l'arrêté du 1<sup>er</sup> juin 1994 dispose que «sont considérés comme médecins spécialistes au regard de l'assurance maladie, à la condition qu'ils exercent exclusivement la spécialité pour laquelle ils ont été qualifiés, les médecins à qui a été reconnu, conformément au règlement de qualification établi par le Conseil national de l'ordre des médecins, approuvé par les arrêtés des 4 septembre 1970 et 16 octobre 1989 modifiés, le droit de faire état de cette qualité» ; que l'arrêté du 15 octobre 1989 a été abrogé et que l'arrêté du 4 septembre 1970 qui concerne les médecins relevant de l'ancien régime des études médicales ne peut plus s'appliquer ;

Attendu que l'article L 632-12 du code de l'éducation modifié par Loi n°2002-73 du 17 janvier 2002 dispose que : des décrets en Conseil d'Etat déterminent : «4° Les conditions dans lesquelles les personnes autorisées à exercer la médecine en France peuvent obtenir la qualification de spécialiste» ;

Attendu que l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins dispose que «sont reconnus qualifiés les médecins qui possèdent l'un des documents suivants : 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<sup>er</sup> janvier 1995 » ; que l'article 8 du même arrêté dispose que le conseil départemental établit la liste des médecins spécialistes de son département ;

Attendu que le docteur [REDACTED] a été qualifié spécialiste en médecine générale par le conseil départemental de l'ordre des médecins le 21 juin 2007 suivant la procédure réglementaire ;

Attendu que l'arrêté du 27 mars 1972 a créé la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ; que l'article 2 de la première partie de la NGAP indique :

1. Lettre clé (modifié par les décisions UNCAM du 11/03/05, du 05/02/08, 04/03/08, 08/10/08)

La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie dans les conditions prévues par les dispositions législatives et réglementaires relatives à la détermination des tarifs pour les soins médicaux dispensés aux assurés sociaux. Selon le type de l'acte les lettres clés à utiliser 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. ;

Attendu que la seule condition pour qu'un médecin bénéficie de la cotation CS est qu'il figure sur la liste des médecins spécialistes qualifiés ;

Attendu que l'article L 162-14-1 1° du code de la sécurité sociale dispose que les conventions prévues aux articles L 162-5 etc. du même code définissent les tarifs des honoraires dus aux professionnels par les assurés ; que seule la NGAP, laquelle est établie par voie réglementaire, détermine la lettre clé applicable selon le type d'acte ;

Attendu qu'il convient de rappeler que lors des débats parlementaires, il a été spécifié que la réforme «fera de la médecine générale une spécialité à part entière» par Mme E. Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, qui précisait «l'article 17 redonne ainsi toute sa place à la médecine générale, qui doit être reconnue au même titre que les autres spécialités. L'internant concernera donc l'ensemble des étudiants qui bénéficieront d'un cycle d'études de même durée» ;

Attendu que le code de l'éducation prévoit les conditions d'accès aux spécialités médicales et que l'arrêté du 30 juin 2004 y a expressément inclus la médecine générale ; qu'un régime transitoire a été organisé afin que les médecins en activité susceptibles de prétendre à cette qualification puissent y accéder après un contrôle adapté ; que les dispositions du code de la sécurité sociale qui n'organisent ni les études médicales ni l'accès des médecins aux qualifications, prévoit les conséquences tarifaires de l'accès à la qualification ;

Attendu que le docteur ~~XXXXXX~~ remplit les conditions de qualification et y a été admis par le conseil national de l'ordre des médecins de sorte qu'il peut prétendre à la cotation réservée aux spécialistes ; que le jugement sera réformé en ce sens ;

#### PAR CES MOTIFS,

La Cour, après en avoir délibéré conformément à la loi,

Infirme le jugement entrepris en toutes ses dispositions,

Et statuant à nouveau,

Constate que le docteur ~~XXXXXX~~ figure sur la liste des médecins qualifiés établie par le conseil départemental de l'ordre des médecins de la Drôme,

En conséquence infirme les décisions de rejet par la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme de ses feuilles de soins portant la cotation CS et les refus de procéder aux règlements afférents,

Infirme la décision implicite de rejet de la commission de recours amiable,

Ordonne le paiement au docteur ~~XXXXXX~~ par la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme des feuilles de soins portant la cotation CS,

Vu l'article 700 du Code de procédure civile,

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme à payer au docteur ~~XXXXXX~~ la somme de 1 500 euros,

Condamne la caisse primaire d'assurance maladie de la Drôme aux dépens.

Prononcé publiquement ce jour par mise à disposition de l'arrêt au greffe de la Cour, les parties ayant été préalablement avisées dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 450 du nouveau Code de procédure civile.

Signé par Monsieur DELPEUCH, Président, et par Madame FANTIN, faisant fonction de Greffier, auquel la minute de la décision a été remise par le magistrat signataire.