

**TRIBUNAL ADMINISTRATIF
DE NOUVELLE-CALEDONIE**

N° 2000143

Mme X.

M. Briquet
Rapporteur

Mme Peuvrel
Rapporteur public

Audience du 8 octobre 2020
Lecture du 22 octobre 2020

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

AU NOM DU PEUPLE FRANÇAIS

Le Tribunal administratif
de Nouvelle-Calédonie

Vu la procédure suivante :

Par une requête sommaire et des mémoires complémentaires, enregistrés le 3 juin, le 23 juin et le 4 octobre 2020, Mme X., représentée par Me Elmosnino, demande au Tribunal :

1°) d'annuler la décision du 15 janvier 2020, par laquelle la caisse de compensation des prestations familiales, des accidents du travail et de prévoyance des travailleurs de Nouvelle-Calédonie (CAFAT) l'a sanctionnée d'une semaine de conventionnement avec sursis et lui a demandé de rembourser un montant de 97 079 F CFP correspondant au montant des produits prescrits et pris en charge à tort par les organismes de protection sociale ;

2°) de mettre à la charge de la CAFAT une somme de 300 000 F CFP, sur le fondement des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient que :

- la décision de sanction contestée aurait dû être prise par l'organe collégial de la CAFAT et non par le directeur de celle-ci ;
- la décision attaquée est insuffisamment motivée ;
- les actes d'instruction n'ont pas été réalisés par le service du contrôle médical ;
- aucune étude spécifique sur le respect des règles de prescription des ordonnances bizonale n'a été lancée ;
- le courrier d'avertissement qui lui a été envoyé ne mentionne pas les règles qui ont été méconnues et se borne à faire état d'erreurs sans indiquer en quoi ces erreurs consistaient ;
- les manquements reprochés, qui se rattachent tous au fait qu'elle a, à plusieurs reprises, incorrectement rempli des ordonnances bizonales en faisant figurer dans la partie supérieure de l'ordonnance des médicaments destinés à traiter d'autres affections que la longue maladie dont était affecté le patient, ne sont pas établis ;

- constater de tels manquements revient en outre à remettre en cause le diagnostic du médecin prescripteur, qui en vertu de son code de déontologie est seul compétent pour apprécier si le médicament qu'il préconise se rattache ou non à la longue maladie ;
- en prononçant à son encontre à la fois une suspension d'une semaine de conventionnement avec sursis et l'obligation de rembourser un montant de 97 079 F CFP, la CAFAT l'a sanctionnée deux fois à raison des mêmes faits ;
- la sanction dont elle a fait l'objet est disproportionnée.

Par un mémoire en défense, enregistré le 13 août 2020, la CAFAT conclut au rejet de la requête et à ce qu'une somme de 50 000 F CFP soit mise à la charge de Mme X. au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative.

Elle soutient qu'aucun des moyens soulevés n'est fondé.

Un mémoire en défense, présenté par la CAFAT, a été enregistré le 7 octobre 2020, après la clôture de l'instruction.

Vu les autres pièces du dossier.

Vu :

- la loi organique n° 99-209 et la loi n° 99-210 du 19 mars 1999, toutes deux relatives à la Nouvelle-Calédonie ;
- la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 ;
- la délibération n° 280 du 19 décembre 2001 ;
- la loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002 ;
- l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006 ;
- le code de justice administrative dans sa version applicable en Nouvelle-Calédonie.

Les parties ont été régulièrement averties du jour de l'audience.

Ont été entendus au cours de l'audience publique :

- le rapport de M. Briquet, premier conseiller,
- les conclusions de Mme Peuvrel, rapporteur public,
- et les observations de Me Pieux, substituant Me Elmosnino avocat de la requérante.

Considérant ce qui suit :

1. Mme X., médecin libéral exerçant dans le cadre de la convention médicale approuvée par l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006, demande par son recours l'annulation de la décision du 15 janvier 2020, par laquelle la CAFAT l'a sanctionnée d'une suspension d'une semaine de conventionnement avec sursis et lui a demandé de rembourser un montant de 97 079 F CFP correspondant au montant des produits prescrits et pris en charge à tort par les organismes de protection sociale.

Sur les conclusions à fin d'annulation :

En ce qui concerne la légalité externe :

2. Mme X. soutient en premier lieu, dans le cadre de la légalité externe, que la décision de sanction contestée aurait dû être prise par l'organe collégial de la CAFAT et non par le directeur de celle-ci. Toutefois, le courrier qu'a reçu l'intéressée ne constituait que la notification prévue par l'article 55 de la convention médicale approuvée par l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006, qui dispose que « (...) / La CAFAT, chargée de la conduite du dispositif conventionnel par la délibération modifiée n° 490 du 11 août 1994, notifie la décision des organismes au praticien concerné par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par courrier remis en mains propres contre émargement. Elle en informe simultanément le ou les syndicat(s) signataire(s). / Les décisions entrent en vigueur un mois après la réception du courrier de notification, sous réserve des éventuels effets suspensifs d'une procédure juridictionnelle. ». Or, ce courrier de notification, qui, contrairement à ce qu'allègue la requérante, pouvait être valablement signé par la directrice générale adjointe, dans la mesure où celle-ci bénéficiait d'une délégation régulière pour ce faire, et qui n'avait par ailleurs pas à être cosigné par les personnes ayant décidé des sanctions, précisait bien que la sanction avait été prise par « les organismes », ce qui est conforme à l'article 54-2 de la convention médicale susmentionnée, lequel prévoit que « Le comité donne son avis dans un délai d'un mois à compter de la date de remise des observations du médecin ou de la date de son audition. Lorsque les explications apportées par l'intéressé ne sont pas jugées satisfaisantes, le comité transmet à la CAFAT, dans le respect du secret médical, le dossier du médecin accompagné d'un rapport motivé. La CAFAT et au moins un second organisme signataire gestionnaire d'un régime de base décident alors de l'éventuelle sanction selon la gravité des manquements appréciée par le comité. ». Dès lors, le caractère collégial de la prise de décision a bien ici respecté. Le moyen soulevé ne pourra en conséquence qu'être écarté.

3. Elle fait valoir en deuxième lieu que la décision attaquée est insuffisamment motivée. Cependant, l'acte en cause, qui cite les numéros des articles de la convention médicale approuvée par l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006 sur lesquels il entend se reposer et qui énonce précisément les manquements reprochés, comporte l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision. Ce faisant, il satisfait aux exigences de motivation posées par la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public.

4. Elle soutient en troisième lieu que les actes d'instruction n'ont pas été réalisés par le service du contrôle médical. Toutefois, un tel moyen manque en fait, comme le montrent notamment les courriers adressés à Mme X. par le « médecin-conseil du contrôle médical unifié » qui sont produits en défense.

5. Elle soutient en quatrième lieu qu'aucune étude spécifique sur le respect des règles de prescription des ordonnances bi-zone n'a été lancée. Cependant, ce moyen n'est pas assorti de suffisamment de précisions suffisantes pour pouvoir en apprécier la portée.

6. Elle fait valoir en dernier lieu que le courrier d'avertissement qui lui a été envoyé ne mentionne pas les règles qui ont été méconnues et se borne à faire état d'erreurs sans indiquer en quoi ces erreurs consistaient. Toutefois, un tel moyen ne pourra qu'être écarté dès lors que ledit courrier, qui est produit en défense en pièce jointe n° 3, se réfère clairement à l'article 49-3 de la convention médicale approuvée par l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006 et indique que les manquements consistent dans le fait d'avoir incorrectement rempli des ordonnances bizone en faisant figurer dans la partie supérieure de l'ordonnance des médicaments destinés à traiter d'autres affections que la longue maladie dont était affecté le patient.

En ce qui concerne la légalité interne :

7. Aux termes de l'article 49-3 de la convention médicale approuvée par l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006 : « *Le médecin utilise obligatoirement l'ordonnance bi-zone lorsqu'il établit une prescription prévue dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical. De même, il utilise obligatoirement l'ordonnance bi-zone lorsqu'il établit, au cours d'une même séance, une prescription prévue dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical et une prescription relative à une affection intercurrente. / Le médecin ne porte dans la partie supérieure de cette ordonnance que les prescriptions d'actes, d'examens ou de médicaments prévus dans le protocole de soins approuvé par le contrôle médical. Les prescriptions non prévues audit protocole sont inscrites dans la partie basse de l'ordonnance bi-zone et remboursées au patient dans les conditions habituelles de l'assurance maladie. / Le médecin référent s'engage à privilégier la prescription en médicaments génériques disponibles en relation avec ces pathologies. / Les prescriptions relatives à une affection intercurrente sans rapport avec la ou les longue(s) maladie(s) ayant entraîné la prise en charge à 100 % sont obligatoirement portées sur la partie inférieure de l'ordonnance.* ». L'article 55 de cette convention prévoit quant à lui : « *Sans préjudice d'éventuelles poursuites contentieuses, lorsqu'un médecin ne respecte pas les dispositions de la convention, il peut, après mise en œuvre des procédures prévues à l'article 54, encourir l'une des mesures suivantes : / - suspension de son conventionnement, avec ou sans sursis ; / - déconventionnement. / Les suspensions du conventionnement sont prononcées pour une durée de trente-six mois au plus, suivant l'importance des griefs. / (...).* ». Aux termes enfin de l'article Lp. 22-5 de la loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002 relative à la sécurité sociale en Nouvelle-Calédonie : « *L'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect des règles de tarification ou de facturation : / 1°) des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles Lp. 71 à Lp. 74 de la présente loi du pays, / 2°) des frais de transports mentionnés à l'article Lp. 69 de la présente loi du pays. / 3°) des prestations mentionnées à l'article 14, 17, 19 et 27 de la loi du pays modifiée n° 2009-2 du 7 janvier 2009 portant création d'un régime d'aides en faveur des personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. / Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'actes non effectués, de prestations ou produits non délivrés, de médicaments, d'analyses, d'actes ou de prestations facturés au titre d'une prise en charge dans le cadre de la longue maladie alors qu'ils ne se rapportent pas à des soins prévus par un des protocoles visés par l'article Lp. 79 de la présente loi du pays. / L'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme indue sauf cas de manœuvre frauduleuse ou de fausse déclaration. Pour son recouvrement, l'indu est assimilé à une cotisation de sécurité sociale et est recouvré selon les règles et garanties prévues à l'article Lp. 17 de la présente loi du pays.* ».

8. Mme X. soutient en premier lieu, dans le cadre de la légalité interne, que les manquements reprochés, qui se rattachent tous au fait qu'elle a, à plusieurs reprises, incorrectement rempli des ordonnances bizone en faisant figurer dans la partie supérieure de l'ordonnance des médicaments destinés à traiter d'autres affections que la longue maladie dont était affecté le patient, ne sont pas établis. Toutefois, il doit être constaté que tous les médicaments qui sont énumérés dans la liste des anomalies relevées ont trait à des produits qui, tels que le Doliprane, le Gaviscon, le Fortimel ou le Ketoderm, ont pour but de soigner des affections courantes qui ne se rattachent pas à la longue maladie. Dans ces conditions, les erreurs de remplissage reprochées doivent être regardées comme établies.

9. Elle fait valoir en deuxième lieu que constater de tels manquements revient à remettre en cause le diagnostic du médecin prescripteur, qui en vertu de son code de déontologie est seul compétent pour apprécier si le médicament qu'il préconise se rattache ou non à la longue maladie. Cependant, la possibilité de constater de tels manquements résulte de la simple application de la convention médicale approuvée par l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006, qui organise l'existence d'un contrôle. Elle ne remet par ailleurs pas en question l'appréciation portée par le médecin quant à la pertinence du médicament au regard de la situation du patient, mais a seulement pour objet de s'assurer que le remboursement adéquat sera appliqué. Dans ces conditions, aucune méconnaissance des règles déontologiques ne saurait en tout état de cause ici être admise.

10. Elle soutient en troisième lieu qu'en prononçant à son encontre à la fois une suspension d'une semaine de conventionnement avec sursis et l'obligation de rembourser un montant de 97 079 F CFP, la CAFAT l'a sanctionnée deux fois à raison des mêmes faits. Toutefois, la règle « *non bis in idem* » n'interdit pas par principe la possibilité, dans le cadre d'une même procédure, de procéder à un cumul de sanctions, par le biais par exemple d'une peine principale et d'une peine accessoire, lorsque celle-ci est comme en l'espèce rendue possible par les textes applicables. Seul compte dans ce cadre la proportion de l'ensemble des sanctions. Dans ces conditions, et compte-tenu des articles 55 de la convention médicale approuvée par l'arrêté n° 2006-3139/GNC du 17 août 2006 et Lp. 22-5 de la loi du pays n° 2001-016 du 11 janvier 2002, qui lorsqu'ils sont lus de manière combinée rendent envisageables un cumul de sanctions, aucune méconnaissance de ladite règle ne saurait en l'espèce être retenue.

11. Elle fait valoir en dernier lieu que la sanction dont elle a fait l'objet est disproportionnée. Cependant, et contrairement à ce qu'allègue la requérante dans le cadre de ce moyen, la CAFAT pouvait prendre une sanction sans avoir au préalable à démontrer le caractère anormalement élevé des anomalies constatées. Par ailleurs, la suspension de conventionnement ici prononcée n'était que d'une semaine et a en outre été assortie d'un sursis. Elle ne saurait être regardée comme disproportionnée, même en tenant compte du remboursement de 97 079 F CFP qui l'accompagnait.

12. Aucun des moyens soulevés n'étant fondé, les conclusions à fin d'annulation ne pourront qu'être rejetées.

Sur les conclusions tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

13. Les dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative font obstacle à ce que soit mise à la charge de la CAFAT qui n'est pas, dans la présente instance, la partie perdante, la somme que Mme X. demande au titre des frais exposés par elle et non compris dans les dépens. Il n'y a en outre pas lieu, en l'espèce, de mettre à la charge de la requérante la somme demandée au même titre par la CAFAT.

D E C I D E :

Article 1^{er} : La requête de Mme X. est rejetée.

Article 2 : Les conclusions présentées par la CAFAT sur le fondement de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.