

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Dossier n° **5238**

**Dr C**

Séance du **16 mars 2017**

Lecture du **10 mai 2017**

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

Vu, enregistrés au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins le 5 février 2016, la requête et le mémoire présentés pour le Dr C, qualifié en médecine générale, tendant à ce que la section annule une décision, en date du 19 décembre 2015, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de Rhône-Alpes de l'Ordre des médecins, statuant sur les plaintes de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, dont le siège est 2 rue des Alliés, 38045 GRENOBLE CEDEX 9, et du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble, dont l'adresse postale est 66 avenue Marcelin-Berthelot, B.P. 33, 38040 GRENOBLE CEDEX 9, a prononcé à l'encontre du Dr C la sanction de l'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux et l'a condamné à verser la somme de 6 673 euros à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, avec publication,

par les motifs que la décision attaquée n'est pas motivée ; que la plainte du médecin-conseil est fondée sur des témoignages de patients irrégulièrement obtenus, et des pièces produites constituant des faux ; qu'en conséquence devront être écartés les griefs retenus en première instance : actes fictifs ; abus de soins ; falsifications des feuilles de soins ; majorations de nuit supposées injustifiées ; prescriptions de complaisance, ou prétendument dangereuses ; s'agissant du Rohypnol®, la caisse primaire ne peut prouver le nombre de prescriptions reprochées au Dr C ni démontrer le chevauchement d'ordonnances ; s'agissant du Subutex®, il est noté qu'il est facile de s'en procurer même sans ordonnance ; qu'il n'est pas démontré d'associations dangereuses de TSO avec des benzodiazépines ou du Rohypnol® ; qu'il est demandé l'annulation de la décision attaquée, que soit prononcé un sursis à statuer en attendant l'issue d'une procédure pénale en cours, et, en tout état de cause, une diminution de la sanction prononcée ;

Vu la décision attaquée ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 25 mars 2016, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble ; il tend au rejet de la requête ; il est répondu au Dr C que les attestations produites ont été régulièrement obtenues comme l'ont estimé les premiers juges ; qu'en ce qui concerne les griefs retenus, les assurés ont confirmé eux-mêmes qu'aucun des actes ayant fait l'objet des majorations de nuit injustifiées n'était urgent ; que le rappel de certains dossiers montre bien des prescriptions de complaisance, sans examen médical du patient ; que le Dr C reconnaît lui-même établir des prescriptions de Subutex® et de Rohypnol® en quantités excessives, c'est-à-dire dangereuses, mais refuse toute responsabilité au motif qu'il aurait affaire à des toxicomanes, qu'il n'a jamais orientés vers des structures spécialisées ; qu'en ce qui concerne le déremboursement des médicaments dans le cadre d'un protocole de soins, seules sont reprochées les prescriptions dangereuses par leurs excès ou leurs associations ; que sont dénoncées les prescriptions excessives d'hypnotiques ou de benzodiazépines, jusqu'à trois fois les doses maximales thérapeutiques, ou totalement hors autorisation de mise sur le marché ; qu'ainsi tous les griefs sont maintenus, en soulignant que le comportement du praticien est répétitif, systématique, souvent

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 2 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

frauduleux, constitutif de risques graves pour les patients, avec des conséquences dommageables pour l'assurance-maladie ;

Vu, la correspondance en date du 28 octobre 2016 par laquelle le secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins demande au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble de transmettre à la juridiction la table de concordance comportant l'identification des patients ;

Vu l'ordonnance du président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins en date du 28 octobre 2016 fixant la date de clôture de l'instruction au 15 décembre 2016, notifiée aux parties ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 17 novembre 2016, la correspondance par laquelle le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble fait parvenir à la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins la table de concordance des patients concernés par sa saisine ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 12 décembre 2016, le mémoire présenté pour le Dr C ; il tend aux mêmes fins que sa requête, en demandant en outre, que soit déclarée irrecevable la plainte de la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, en raison des vices de procédure entachant la phase précontentieuse ; sont reprises et complétées les observations du précédent mémoire en ce qui concerne les attestations des patients produites par le médecin-conseil ; en ce qui concerne les griefs, leur réalité est contestée pour chacun des dossiers dans lesquels sont reprochés des actes fictifs, des abus de soins, des falsifications de feuilles de soins ; de même, les majorations de nuit pouvaient être appliquées, sans qu'il soit besoin de les justifier par une urgence et le grief de prescriptions de complaisance et sans examen médical doit être écarté ; quant aux prescriptions prétendument dangereuses, sont développés des arguments sur les déremboursements du Rohypnol® et du Subutex®, sur les associations dangereuses des TSO à des benzodiazépines ou au Rohypnol®, et sur la contrainte et l'état de nécessité auxquels font face les médecins de ville ; enfin, le Dr C n'a pas été en mesure de répondre au grief de négligence dans la tenue des dossiers médicaux, et aucune pièce n'est produite pour le démontrer ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 3 mars 2017, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble ; il indique maintenir les griefs ; que le Dr C ayant mentionné une plainte pénale déposée par lui, il lui appartient d'en produire le résultat ; que les témoignages figurant dans la plainte du service médical ne peuvent être mis en doute compte tenu de leur mode de recueil ; qu'il est signalé que dans onze dossiers, il est fait grief au Dr C d'avoir falsifié des feuilles de soins par imitation de la signature des patients et d'ajouts d'actes ;

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 ;

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 3 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

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 loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés ;

Après avoir entendu en séance publique :

- Le Dr DESEUR en la lecture de son rapport ;
- Me LEVY, avocat, en ses observations pour le Dr C et le Dr C en ses explications orales ;
- Mme le Dr SAINT-LEGER, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble ;
- M. MORIN, représentant la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, en ses observations ;

Le Dr C ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

**Sur la demande de sursis à statuer :**

Considérant que les actions devant la juridiction pénale et la juridiction ordinaire étant indépendantes, la circonstance qu'une juridiction pénale soit déjà saisie des mêmes faits que ceux reprochés dans la présente affaire au Dr C, à la supposer établie, ne rend pas la section des assurances sociales incompétente pour en connaître ; qu'il y a lieu, en conséquence, de rejeter les conclusions du Dr C tendant à ce qu'il soit, pour ce motif, sursis à statuer ;

Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle effectué sur l'activité du Dr C, qualifié en médecine générale, pendant la période du premier semestre de l'année 2011, des anomalies ont été relevées dans les actes qu'il a facturés à l'assurance-maladie remboursés par celle-ci ; que le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble a saisi la section des assurances sociales de première instance d'une plainte exposant l'ensemble des griefs par lettre enregistrée le 3 février 2014 au secrétariat de cette juridiction ; qu'il ressort de l'instruction que cette plainte porte sur des faits commis postérieurement à la date du 3 février 2011, soit dans le délai de trois ans fixé par l'article R 145-22 du code de la sécurité sociale ; qu'il en résulte que le Dr C ne peut soutenir que certains des griefs retenus porteraient sur des faits prescrits ;

**Sur la régularité de la procédure suivie préalablement au dépôt de la plainte :**

Considérant que les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'enquête préalable à la saisine de la juridiction ordinaire ont été, en tout état de cause, sans influence sur la régularité des plaintes formées à l'encontre du Dr C ; qu'il appartient au

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 4 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

juge d'examiner la valeur et la portée des éléments qui lui sont soumis dans le cadre de la procédure contradictoire qui se déroule devant lui et au vu, notamment, des explications fournies par les parties ;

**Sur les griefs :**

Considérant, en premier lieu, qu'il est constaté que le Dr C a facturé à l'assurance maladie des actes qu'il n'a pas réalisés ; qu'il en est ainsi pour douze patients (n<sup>os</sup> 1, 2, 17, 18, 22, 22 ter, 29 bis, 31, 38, 57, 59 et 61 bis), ainsi que cela résulte de leurs témoignages ou de ceux de leur entourage, recueillis par des médecins assermentés, attestant de leur absence aux dates des actes en cause, ou bien que cela ressort de l'une facturation fréquente d'actes sans prescription et sans indication sur l'existence d'une pathologie ;

Considérant en second lieu, qu'il résulte de l'instruction que, pour onze patients (n<sup>os</sup> 18 bis, 21, 22, 22 ter, 29, 37, 39, 41 bis, 57, 61 et 61 bis) le Dr C a falsifié des feuilles de soins papier en ajoutant des actes sur des feuilles de soins antérieures ou en imitant la signature des patients ; qu'il est relevé des actes pour lesquels ce praticien a demandé à l'aide de feuilles de soins un paiement direct de ses honoraires à la caisse primaire d'assurance maladie, alors que l'assuré affirme qu'il règle lui-même les actes au Dr C ;

Considérant en troisième lieu, que dans 21 dossiers (n<sup>os</sup> 1, 3, 4, 4 bis, 9, 12, 12 bis, 17, 18, 18 bis, 19, 21, 22, 23, 33, 40, 41, 48, 54, 57 et 59) figurent des actes du Dr C, dispensés fréquemment sans prescription et sans pathologie identifiée, notamment pour des enfants qui se trouvent hors de France où pour lesquels la cotation s'effectue au moyen de la carte d'assuré du père, alors qu'ils résident chez leur mère dont la carte est usuellement utilisée ; que de même, pour les parents, sont cotés des actes sans pathologie rapportée, ni prescriptions concomitantes ; qu'ainsi le grief d'abus de soins doit être retenu ;

Considérant, en quatrième lieu, que sont relevées de nombreuses prescriptions du Dr C portant systématiquement la mention « à délivrer en une fois », alors que les médicaments en cause doivent faire l'objet d'une délivrance fractionnée ; que tel est le cas pour du Rohypnol®, dont la dose maximum selon son autorisation de mise sur le marché est de 1mg par jour, alors qu'elle est dépassée et associée parfois à de la Buprénorphine, provoquant un surdosage dangereux, dans 16 dossiers (n<sup>os</sup> 1, 2, 4, 7, 14, 22, 22 bis, 31, 38, 39, 40, 43, 52, 53, 61 et 61 bis) ; que, dans dix dossiers (n<sup>os</sup> 1, 4, 14, 22 bis, 31, 38, 39, 43, 61 et 61 bis), sont relevées de la même façon des prescriptions de Subutex®, avec les mentions « chevauchement autorisé » et « délivrance en une seule fois », entraînant un surdosage, et parfois en association avec du Rohypnol®, augmentant les risques d'overdose provoquant des dépressions respiratoires ; que dans quatre dossiers (n<sup>os</sup> 12, 22 bis, 27 et 27 bis) les prescriptions d'hypnotiques et d'autres benzodiazépines ont été délivrées par le Dr C sans se conformer à la nécessité d'en limiter la quantité et la durée, augmentant ainsi les risques de surdosage ou d'accoutumance ;

Considérant, en cinquième lieu, qu'alors que l'article 14 de la nomenclature générale des actes professionnels prévoit qu'en cas d'urgence, justifiée par l'état du malade, les actes effectués la nuit donnent lieu à une majoration s'ajoutant aux honoraires normaux, le Dr C a appliqué cette majoration dans dix-sept dossiers (n<sup>os</sup> 3, 8, 9, 16, 18, 19, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 37, 41, 48, 57 et 58) alors qu'aucun des actes tardifs n'était urgent ; qu'ainsi ces majorations étaient injustifiées ;

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 5 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Considérant, en sixième lieu, qu'il est reproché au Dr C de n'avoir pas respecté les référentiels médicaux et réglementaires ; qu'il en est ainsi dans six dossiers (n<sup>os</sup> 1, 22 et 22 bis, 31, 38 et 43) dans lesquels ses prescriptions n'ont pas respecté le protocole de soins établi ; dans six dossiers (n<sup>os</sup> 4, 7, 14, 39, 40 et 43) dans lesquels ses prescriptions sont délivrées en l'absence du protocole de soins et dans deux dossiers (n<sup>os</sup> 61 et 61 bis) dans lesquels il a délivré ses prescriptions sans avoir vu la patiente ; qu'en revanche il y a lieu d'écarter le dossier n°52 où il ne peut lui être reproché d'avoir facturé de nombreux actes et prescriptions sans avoir vérifié la cohérence d'identité et d'âge d'une assurée et de ses enfants ;

Considérant, en septième lieu, qu'il ressort de l'instruction que, dans six dossiers (n<sup>os</sup> 1, 2, 18, 52, 61 et 61 bis), le Dr C a délivré des prescriptions de complaisance, sans procéder à l'examen du patient au nom duquel elles étaient établies et parfois même sans le connaître ;

Considérant, enfin que, alors que l'article R 4127-45 du code de la santé publique fait obligation au médecin de tenir pour chaque patient, outre le dossier du suivi médical prévu par la loi, une fiche d'observation personnelle, le Dr C a négligé cette exigence, et n'a pas été en mesure de fournir les éléments cliniques et thérapeutiques justifiant ses actes et prescriptions dans 21 dossiers (1, 3, 4, 4 bis, 12, 17, 18, 19, 22, 23, 31, 33, 39, 41, 43, 52, 54, 57, 58, 59 et 61 bis) ;

Considérant que les faits ci-dessus retenus à l'encontre du Dr C ont le caractère de fautes, abus et fraudes au sens des dispositions de l'article L 145-1 du code de la sécurité sociale, susceptibles de lui valoir le prononcé d'une sanction en application de l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale ; que compte tenu de la gravité de ce comportement fautif qui méconnaît de façon répétée les obligations qui s'imposent à tout médecin, et notamment celles rappelées à l'article R 4127-8 du code de la santé publique qui lui imposent de limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins, il convient de confirmer la sanction de l'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux prononcée par la décision attaquée, laquelle est suffisamment motivée, ainsi que le remboursement par le Dr C à la caisse primaire d'assurance maladie de Grenoble de la somme de 6 673 euros correspondant à la facturation d'actes fictifs et de majorations de nuit indues qui constituent des honoraires abusifs au sens de l'article L 145-2 4° du code de la sécurité sociale ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

**Article 1<sup>er</sup>** : La requête du Dr C est rejetée.

**Article 2** : L'exécution de la sanction de l'interdiction permanente prononcée à l'encontre du Dr C prendra effet le 1<sup>er</sup> août 2017 à 0 h.

**Article 3** : Le Dr C devra reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère la somme de 6 673 euros.

**Article 4** : La présente décision sera notifiée au Dr C, à la caisse primaire d'assurance maladie de l'Isère, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Grenoble, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance d'Auvergne-Rhône-Alpes de l'Ordre des médecins, au conseil départemental de l'Isère de l'Ordre des médecins, 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.

**SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS**

- 6 -

180, boulevard Haussmann - 75008 PARIS

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 16 mars 2017, où siégeaient M. SAUZAY, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M. le Dr AHR et M. le Dr DESEUR, membres titulaires, nommés par le Conseil national de l'Ordre des médecins ; Mme le Dr GUERY, membre titulaire et M. le Dr HOUSSINOT, membre suppléant, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 10 mai 2017.

LE CONSEILLER D'ETAT HONORAIRE  
PRESIDENT DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES  
DU  
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

P. SAUZAY

LE SECRETAIRE DE LA  
SECTION DES ASSURANCES SOCIALES

M-A. DESEUR