

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

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Dossier n° **5250**

Dr A

Séance du **18 avril 2018**

Lecture du **15 mai 2018**

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

1/ Vu, enregistrés au secrétariat de la section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins le 13 mai 2016, la requête et le mémoire présentés par le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Seine-Saint-Denis, tendant à ce que la section réforme une décision, en date du 16 mars 2016, par laquelle la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance d'Ile de France de l'Ordre des médecins, statuant sur sa plainte, a prononcé à l'encontre du Dr A, qualifié spécialiste en médecine générale, la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de seize semaines dont treize semaines avec le bénéfice du sursis et publication pendant seize semaines ;

par les motifs que les premiers juges, après avoir retenu la matérialité des griefs, n'ont pas suffisamment pris en compte la gravité et la dangerosité des faits reprochés au praticien ; que celui-ci a réalisé des soins non conformes aux données acquises de la science, faisant courir un risque injustifié à ses patients ; qu'il a acquis des appareils d'exploration fonctionnelle qui aident le médecin dans son diagnostic mais ne le remplacent pas, dès lors que les résultats sont à interpréter par celui-ci ; que de fréquentes anomalies sont constatées dans sa pratique, puisqu'il s'agit de 569 actes prodigués à 418 patients ; que la juridiction de première instance a retenu qu'il facturait des actes sans justification médicale et ne prenait pas utilement en charge ses patients ; que de même il a été constaté que le Dr A ne respectait pas la réglementation en matière de facturation des actes médicaux, de facturation de consultations lors de la délivrance de certificat de non contre-indication à la pratique du sport et de déclaration de ses remplaçants au conseil de l'Ordre des médecins dont il relève ; qu'il est demandé que soit décidé le remboursement par le Dr A du préjudice qu'il a causé à l'assurance maladie ;

Vu la décision attaquée ;

2/ Vu, enregistrés comme ci-dessus les 17 et 20 mai 2016, la requête et le mémoire présentés par le Dr A, tendant à ce que la section annule la décision en date du 16 mars 2016, ci-dessus analysée, par les motifs que la procédure préalable au dépôt de la plainte a été irrégulière dans la mesure où il n'a pas pu répondre aux griefs avancés contre lui par le service médical ; que le médecin-conseil chef de l'échelon local a fait preuve d'acharnement à son encontre ; que lui-même a fourni en première instance toutes les réponses montrant l'absence d'anomalie dans sa pratique ; que le refus opposé sans motif à un omnipraticien de pratiquer des examens techniques n'est pas justifié ; que la mesure des indices de pression systolique était conforme aux publications médicales ; que, pour certains patients venant pour un acte de pose ou de dépose, le médecin ne se cantonne pas à un acte technique ;

Vu, enregistrés comme ci-dessus le 24 mai 2016, les mémoires présentés par le Dr A ; ils tendent aux mêmes fins que sa requête ; d'une part, le Dr A conteste à nouveau la régularité de la procédure de contrôle suivie ainsi que l'attitude du service médical à son

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

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

égard, reprend ses arguments relatifs à la validité de la mesure des résistances bronchiques au vu des dossiers en cause, argumente quant à la validité des mesures de polygraphie en s'appuyant sur des exemples et sur une étude qu'il a réalisée démontrant que la polysomnographie ambulatoire est l'examen de référence, et admet les cas de non-respect de la réglementation relevés à son encontre par les premiers juges ; d'autre part, le Dr A développe une démonstration de laquelle il résulte qu'à ses yeux ses agissements n'ont pas été dangereux pour ses patients ; que, dans chaque cas, il apporte une interprétation personnelle des examens réalisés, lesquels ne sont pas réservés aux seuls spécialistes, lui-même ayant suivi de nombreuses formations ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 20 juillet 2016, le mémoire présenté par le médecin-conseil chef de l'échelon local de Seine-Saint-Denis ; il tend aux mêmes fins que sa requête en affirmant que la procédure de contrôle a été respectée, les accusations du Dr A étant sans fondement ; il reprend les griefs déjà formulés et les illustre en détaillant onze des dossiers des patients en cause ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 28 juillet 2016, le mémoire présenté par le Dr A ; il tend aux mêmes fins que sa requête en reprenant son argumentation précédente, et en répondant sur les dossiers mentionnés par le médecin-conseil chef de l'échelon local de Seine-Saint-Denis ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 29 août 2016, le mémoire présenté par le médecin conseil chef de service de l'échelon local de Seine-Saint-Denis qui a relevé dans les productions du Dr A des propos diffamatoires injurieux ou outrageants dont il demande la suppression ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 22 novembre 2016 le mémoire présenté par le Dr A ; il y répond aux remarques du médecin-conseil chef de l'échelon local de Seine-Saint-Denis en reprenant ses précédents arguments et commentaires sur les dossiers en cause ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 27 décembre 2016 la correspondance par laquelle le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Seine-Saint-Denis indique n'avoir aucune autre observation à formuler ;

Vu, enregistré comme ci-dessus le 25 janvier 2017, le mémoire présenté par le Dr A pour transmettre des documents reflétant son activité ;

Vu, enregistrée comme ci-dessus le 15 février 2017, la correspondance par laquelle le médecin-conseil chef de l'échelon local de Seine-Saint-Denis indique n'avoir aucune autre observation à présenter ;

Vu l'ordonnance en date du 12 mars 2018 par laquelle les parties sont informées que la clôture de l'instruction de l'affaire n° 5250 est fixée au mercredi 4 avril 2018 à midi ;

Vu les autres pièces produites et jointes au dossier ;

Vu la convention européenne des droits de l'homme et des libertés fondamentales ;

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

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Vu le code de justice administrative ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R 4127-1 et suivants ;

Vu la loi du 29 juillet 1881 sur la liberté de la presse, notamment son article 41 ;

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 ;

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 classification commune des actes médicaux ;

Après avoir entendu en séance publique :

- Le Dr LAFON en la lecture de son rapport ;

- M. le Dr A en ses explications orales ;

- Mme le Dr SRANON, médecin-conseil, en ses observations pour le médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Bobigny ;

Le Dr A ayant eu la parole en dernier ;

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant qu'à l'occasion d'un contrôle effectué sur l'activité du Dr A, qualifié spécialiste en médecine générale, pendant la période du 1^{er} juillet 2011 au 31 décembre 2013, des anomalies ont été relevées dans la réalisation et la facturation de 631 de ses actes ; que c'est à juste titre que les premiers juges ont exclu de la plainte du médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Seine-Saint-Denis deux de ces actes frappés de forclusion en application de l'article R 145-22 du code de la sécurité sociale ;

Sur la recevabilité de la procédure suivie au cours de l'enquête préalable au dépôt de la plainte :

Considérant que les conditions dans lesquelles s'est déroulée l'enquête préalable à la saisine de la juridiction ordinaire sont en tout état de cause sans influence sur la régularité de la plainte formée à l'encontre du Dr A ; qu'il appartient au 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 ;

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

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Sur les griefs :

Considérant, en premier lieu, qu'il ressort de l'instruction que, pour 581 actes relevés dans 418 dossiers de patients, le Dr A a réalisé et facturé des soins sans se conformer aux données acquises de la science ; qu'il en est ainsi pour des spirométries destinées à mesurer la capacité vitale lente et l'expiration forcée avec enregistrement, dont la cotation est GLQP012, pour 191 actes dans 149 dossiers, où l'on relève une absence d'éléments cliniques, d'analyse critique, et d'avis d'un spécialiste lorsqu'il était nécessaire ; qu'il a, pour 112 actes relevés dans 109 dossiers facturé GLQP007 des polygraphies ventilatoires nocturnes sans indiquer ni quantifier les renseignements concernant la vigilance diurne, et sans indiquer, lorsque les éléments cliniques l'y incitaient, l'indication de polysomnographie ; qu'il en va de même dans 65 dossiers pour 72 électrocardiographies sur au moins 12 dérivations, actes facturés DEQP003, dans lesquelles on note une absence de qualité de certains tracés qui en empêche l'interprétation ou une absence d'analyse critique pouvant conduire à une consultation de cardiologie inutile ; qu'il en est ainsi dans 92 dossiers pour 103 électrocardiographies sur au moins deux dérivations avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures, acte facturé DEQP005, avec également une absence d'analyse critique du praticien, pouvant conduire à une consultation de cardiologie inutile ; enfin, que, dans 94 dossiers, 103 audiométries tonales avec tympanométrie ont été facturées CDQP015 alors qu'on relève une absence de test des fréquences basses, de tracé et de pratique en cabine ;

Considérant, en second lieu, qu'il est reproché au Dr A la réalisation et la facturation d'actes sans justification médicale ; que ce grief compte tenu des pièces du dossier doit être retenu : dans 153 dossiers pour des mesures des résistances des voies aériennes ou de l'appareil respiratoire par interruption des débits ou des oscillations forcées (GLQP016), réalisées en l'absence d'indication médicale validée ; dans 18 dossiers, pour des mesures de la capacité vitale lente et de l'expiration forcée avec enregistrement, correspondant à des spirométries standard (GLQP012) réalisées en l'absence d'indication médicale ; dans 13 dossiers pour des polygraphies respiratoires nocturnes (GLQP007) examens réalisés en l'absence d'indication médicale ; dans 57 dossiers pour des électrocardiographies sur au moins 12 dérivations (DEQP003) réalisées en l'absence d'indication médicale telle qu'asthme, bilan, intervention chirurgicale, obésité ou tabagisme, ou réalisées pour non contre-indication au sport sur des patients de moins de 12 ans, ou n'envisageant pas de participer à une compétition ; dans 9 dossiers, pour des électrocardiographies sur au moins 2 dérivations, avec enregistrement continu pendant au moins 24 heures par Holter (DEQP005), sans indication médicale pour les patients adultes ou mineurs ; dans 56 dossiers, pour des audiométries tonales avec tympanométrie (CDQP015), sans indication médicale, qui révèle une pratique systématique non justifiée ; enfin pour des explorations multiples, dans 2 dossiers, sans prise en charge utile pour les patients ;

Considérant, enfin, que c'est à juste titre que les premiers juges ont retenu à l'encontre du Dr A de multiples manquements à la réglementation ; qu'ainsi en est-il pour des facturations ne respectant pas la CCAM, dans 132 dossiers, tels que : la facturation d'une consultation lors de la pose et lors de la dépose d'un appareil Holter ECG ou de polygraphie respiratoire, seul l'acte technique pouvant être facturé ; la facturation non dégressive d'actes associés GLQP012 et GLQP016, alors que seul l'acte dont le tarif est le plus élevé peut être facturé à taux plein, le second devant l'être à la moitié de sa valeur, et la facturation EQQM006 d'un acte par assimilation non autorisée ; la facturation de prestations

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

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

non remboursables de 41 consultations et 41 ECG pour des certificats de non contre-indication au sport ; enfin en méconnaissance des dispositions de l'article R 4127-65 du code de santé publique, le Dr A s'est abstenu de déclarer au conseil de l'Ordre des médecins les noms de ses remplaçants ;

Considérant que les faits retenus ci-dessus à l'encontre de Dr A 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 par son comportement gravement fautif, il a méconnu les obligations qui s'imposent à tout médecin rappelées notamment à l'article R 4127-8 du code de la santé publique selon lequel « il doit limiter ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins », à l'article R 4127-32 du même code selon lequel « le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science », et à l'article R 4127-53 qui rappelle que les honoraires du médecin doivent être « déterminés avec tact et mesure » en tenant compte de la réglementation en vigueur ; qu'il sera fait une juste appréciation de la gravité de son comportement en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de neuf mois dont six mois avec le bénéfice du sursis, avec publication pendant la période durant laquelle l'interdiction sera effective ;

Sur les conclusions relatives au remboursement des sommes indûment versées :

Considérant, qu'au sens des dispositions du 4° de l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale, constituent des honoraires abusifs ceux qui sont réclamés notamment pour un acte surcoté, ou pour un acte réalisé dans des conditions telles qu'alors même qu'il a été effectivement pratiqué, il équivaut à une absence de soins ;

Considérant que les facturations fautives retenues ci-dessus à l'encontre du Dr A, qui sont au nombre de 1110, correspondent à des actes surcotés et à des actes réalisés dans des conditions telles qu'ils équivalent à une absence de soins ; que, dans ces conditions, il y a lieu de condamner le Dr A à reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis la somme de 35 360,87 euros représentant le coût total de ses remboursements injustifiés ;

Sur les conclusions du médecin conseil tendant à la radiation des propos injurieux, outrageants et diffamatoires :

Considérant qu'il appartient au juge de décider la suppression de passages injurieux ou diffamatoires figurant dans les mémoires échangés par les parties en cause ; qu'ainsi, il y a lieu de supprimer dans les écrits et mémoires produits par le Dr A :

- dans sa requête en date du 20 mai 2016 : page 1 aux lignes 14 et 15 le passage « le médecin conseil par son comportement a cherché délibérément à m'acculer au suicide » ;
- dans son mémoire n° 1 du 22 mai 2016 : à la page 5, neuvième ligne, le passage « dont le but....suicide » ; lignes 32 et 33 : « le médecin-conseilrendre fou » ; et aux lignes 35 et 36 : « d'humilier....suicide ensuite » ;

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

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

- dans son mémoire n° 2 du 22 mai 2016 : à la page 55, aux lignes 23 et 24, le passage « qui m'a harcelé....suicide » ;
- dans son mémoire du 25 juillet 2016 : à la page 3, ligne 10, les mots « vous après...vers l'au-delà » ; à la page 98, lignes 8 et suivantes les mots « harcèlement...suicide » ; à la page 99, lignes 8 et suivantes, le passage « 17 = utilisationconsoler » et lignes 13 et suivantes le passage « 19 = cruauté.....humiliation publique..... » ; à la page 100, à la ligne 10, le passage « sa cruauté....moral » ; et à la ligne 14 les mots « de l'accession des nazis au pouvoir » ;
- Dans son mémoire du 19 novembre 2016 : à la page 22, ligne 20 « de son harcèlement monstrueux », et à la page 28, ligne 11, le passage « qui.....lynchage cruel » ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : La requête du Dr A est rejetée.

Article 2 : Il est infligé au Dr A la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant neuf mois. Il sera sursis à l'exécution de cette sanction pour une durée de six mois dans les conditions fixées à l'article L 145-2 du code de la sécurité sociale.

Article 3 : L'exécution de cette sanction pour la partie non assortie du sursis, prononcée à l'encontre du Dr A, prendra effet le 1^{er} septembre 2018 à 0 h et cessera de porter effet le 30 novembre 2018 à minuit.

Article 4 : Le Dr A devra reverser à la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis la somme de 35 360,87 euros.

Article 5 : La publication de cette sanction sera assurée par les soins de la caisse primaire d'assurance maladie de Seine-Saint-Denis, par affichage dans ses locaux administratifs ouverts au public pendant la période prévue à l'article 3.

Article 6 : La décision de la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins d'Ile-de-France, en date du 16 mars 2016, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 7 : La présente décision sera notifiée au Dr A, au médecin-conseil chef de service de l'échelon local de Seine-Saint-Denis, à la section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance d'Ile-de-France de l'Ordre des médecins, au conseil départemental de la Seine-Saint-Denis de l'Ordre des médecins, au directeur général de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France, 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**

4 rue Léon Jost – 75855 PARIS CEDEX 17

Téléphone : 01.53.89.32.00 - Télécopie : 01.53.89.33.47

Délibéré dans la même composition qu'à l'audience du 18 avril 2018, 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 ; M le Dr LAFON et M le Dr HOUSSINOT, membres suppléants, nommés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Lu en séance publique le 15 mai 2018.

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