

# Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

**Date :**

10/07/87

**Origine :**

DGR

ENSM

MMES et MM les Directeurs  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie

MM les Directeurs  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale

MM les Médecins-Conseils Régionaux

M le Médecin-Chef de la Réunion

**Réf. :**

DGR n° 2099/87

ENSM n° 1155/87

**Plan de classement :**

272

**Objet :**

CONTENTIEUX DU CONTROLE TECHNIQUE DES PRATICIENS ET AUXILIAIRES MEDICAUX.

Commentaire de la jurisprudence récente du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

**Pièces jointes :**

0 8

**Liens :**

**Date d'effet :**

**Date de Réponse :**

**Dossier suivi par :**

**Téléphone :**

@

10/07/87

MMES et MM les Directeurs  
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie  
(pour attribution)  
MM les Directeurs  
des Caisses Générales de Sécurité Sociale  
(pour attribution)  
MM les Médecins-Conseils Régionaux  
(pour attribution)  
M le Médecin-Chef de la REUNION  
(pour attribution)  
MMES et MM les Directeurs  
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie  
(pour information)

**N/Réf.** : DGR n° 2099/87 - ENSM n° 1155/87

**Objet** : Contentieux du contrôle technique des praticiens et auxiliaires médicaux.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint un récapitulatif des principales décisions prises ces dernières années par le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

A l'examen de ces décisions, il apparaît que les services administratifs des Caisses et les services médicaux doivent porter une attention particulière à l'élaboration des dossiers portés devant les juridictions ordinaires afin de ne pas réduire, notamment pour des questions de forme ou de procédure, la portée des sanctions qui pourraient être prononcées en application de l'article L 145-2 du Code de la Sécurité Sociale.

## **I - Procédure**

Les règles de procédure en matière de contentieux du contrôle technique des praticiens et auxiliaires médicaux sont fixées par le décret n° 66-35 du 7 janvier 1966 modifié.

### 1) Personnes habilitées à saisir la juridiction

L'article 18 du décret, prévoit que la section des assurances sociales peut être saisie par :

- les organismes d'assurance maladie
- les médecins-conseils régionaux ou les médecins-conseils chefs de service du contrôle médical.

Or, en application de l'article R 121-2 du Code de la Sécurité Sociale, les organismes sont représentés de plein droit en justice par leur président qui peut déléguer ses pouvoirs au directeur par mandat spécial ou général.

Les plaintes, comme les appels, doivent donc être signés soit par les médecins-conseils susvisés soit par le directeur ou le président de la Caisse. Toute plainte signée par une tierce personne telle que médecin-conseil régional adjoint, chef du contentieux... - devra donc, sous peine d'irrecevabilité, être régularisée avant la date de l'audience, par la signature du pourvoi par une personne dûment habilitée.

Une délégation donnée par le directeur à un chef de service du contentieux a été acceptée dans une décision du Conseil National de l'Ordre (décision 1 ci-jointe), toutefois cette décision ne semble pas pouvoir faire jurisprudence dans la mesure où elle équivaudrait à une acceptation d'une subdélégation du pouvoir propre du président.

De même, une lettre signée du seul président de la Caisse Primaire, pour une plainte conjointe Caisse Primaire - Caisse de Mutualité Régionale, ne saurait être recevable (décision 2 ci-jointe).

### 2) Délai de saisine

L'article 17 du décret susvisé fixe en matière de délai deux conditions cumulatives pour la recevabilité d'une plainte ; cette dernière doit donc être déposée :

- dans un délai d'un an à compter de la date de connaissance du fait motivant la plainte,
- et au plus tard dans un délai de deux ans à compter de la date de ce fait.

Pour éviter tout risque de contestation, les Caisses s'attacheront donc à faire apparaître le plus clairement possible la date de connaissance des faits. Ainsi à titre d'exemple, en cas de poursuite pour activité ou prescriptions jugées abusives, la date de connaissance des faits par la Caisse peut être la date de transmission à son intention par le Comité Médical Paritaire Local du dossier décodé du praticien concerné.

De même devront être écartés de la plainte, les faits remontant à plus de deux ans avant la date de dépôt de celle-ci, l'amalgame entre des faits antérieurs et postérieurs à cette date butoir risquant de réduire la possibilité pour la juridiction ordinale de prononcer un éventuel remboursement des honoraires trop perçus au profit des assurés (décision 3 ci-jointe).

### 3) Délai d'appel

L'appel doit être formé dans les trente jours qui suivent la notification de la décision attaquée (article 21 du décret). Ce délai doit également être respecté en cas d'appel incident.

### 4) Caractère contradictoire de la procédure

L'article 16 du décret stipule que la procédure est écrite et contradictoire. De cette disposition découlent les principes suivants :

- seuls les moyens développés par mémoire écrit peuvent être retenus par le Conseil de l'Ordre. Les moyens nouveaux présentés soit au cours de l'audience, soit dans un mémoire remis au Conseil moins de quinze jours avant l'audience doivent être rejetés ou justifier une demande de renvoi de l'affaire, faute d'avoir pu être présentés et contredits par l'autre partie intéressée (décision 4, 5 et 8 ci-jointes).
- le fait que l'une des parties ne soit ni présente ni représentée n'est pas un motif suffisant pour obtenir le renvoi de l'affaire (décision 6 ci-jointe).

Les Caisses attacheront toutefois une attention particulière à s'assurer de leur représentation, leur absence risquant d'être interprétée comme une marque de désintérêt pour l'issue de la procédure ordinaire. Je vous rappelle à ce sujet que les Caisses Primaires de la région parisienne ont accepté de représenter les autres Caisses Primaires devant la juridiction nationale (cf. annexe I relative à la répartition des Caisses Primaires). En cas de recours à cette pratique, il importe que les deux organismes concernés soient en relation étroite afin que l'organisme présent à l'audience ait une connaissance approfondie du dossier.

5) Indépendance de la procédure ordinaire

La saisine de la juridiction ordinaire en application de l'article L 145 - 1 du Code de la Sécurité Sociale peut être faite, abstraction faite de toute autre procédure contentieuse. Ainsi il n'est pas nécessaire d'attendre la mise en oeuvre ni l'issue d'une éventuelle procédure conventionnelle avant de saisir la section des assurances sociales (décisions 7 et 8 ci-jointes). A l'inverse, une telle attente risque d'aboutir à la forclusion des délais de plainte.

De même, en cas de procédure pénale parallèle, le Conseil de l'Ordre n'est pas tenu de surseoir à statuer dans l'attente du jugement dès lors qu'il dispose des éléments nécessaires pour se prononcer (décision 9 ci-jointe).

6) Effets de l'appel

a) l'appel est suspensif

En conséquence, lors de la transmission à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés des décisions prises par les Conseils de l'Ordre Régionaux, il serait opportun que les Caisses attendent la fin du délai d'appel afin d'être en mesure de préciser si la décision régionale est définitive ou si elle a fait l'objet d'un appel.

De même, il serait souhaitable que les dossiers en instance devant le Conseil National de l'Ordre soit transmis à la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés pour information.

b) effet dévolutif de l'appel

Si l'appel est formé sans que son étendue soit précisée, l'effet dévolutif est total et le juge d'appel est alors investi de l'intégralité de pouvoirs du juge du premier ressort.

En revanche, si l'appel n'est fondé que sur la gravité de la sanction sans que les motifs retenus au niveau régional ne soient contestés, le Conseil National ne statuera que sur l'exacte gravité des faits (décisions 4 et 10 ci-jointes).

En conséquence, lorsque l'appel émane du professionnel qui estime la sanction régionale trop sévère, il importe que les Caisses relèvent également appel de la décision dans le respect du délai d'un mois, faute de quoi, le Conseil National ne pourrait le cas échéant aggraver ladite sanction.

c) objet de l'appel

Ne sont admises en appel que les demandes qui portent sur le même objet que celles présentées en première instance.

En outre, l'appel n'est recevable que s'il tend à l'annulation ou à la reformation de la décision attaquée. Un appel qui ne conteste que la motivation de la décision doit donc être rejeté (décision 11 ci-jointe).

7) Le recours en cassation

Le recours en cassation devant le Conseil d'Etat n'a pas d'effet suspensif sauf si la haute juridiction, saisie de conclusions à fins de sursis, a décidé qu'il serait sursis à l'exécution de la décision (décision 12 ci-jointe).

En revanche, en matière d'amnistie, le recours en cassation est suspensif, sauf si le Conseil National prévoit expressément l'application immédiate de sa décision.

## 8) Publicité des sanctions

En application de l'article L 145-2 les sanctions prononcées par la juridiction ordinaire peuvent faire l'objet d'une publication. Celle-ci est effectuée par les soins des Caisses Primaires - article 17 du décret du 7 janvier 1966 -.Exception faite des décisions prononçant un blâme, il n'est donc pas de la compétence des sections des assurances sociales de fixer les modalités de publication de ces décisions (décision 13 ci-jointe).

Par ailleurs, je vous rappelle qu'une décision ne doit en aucun cas donner lieu à publications dès lors qu'elle est frappée d'appel.

## II - Sur le fond

### 1) Remboursement des honoraires trop-perçus

En application de l'article L 145-2 le remboursement des honoraires trop-perçus ne peut être ordonné par le Conseil de l'Ordre qu'au profit des assurés. Il convient, dans cette perspective, de veiller à ce que la plainte fasse apparaître clairement le relevé par assuré des sommes indûment perçues, un relevé global du préjudice subi empêcherait la juridiction de prononcer une telle sanction (décision 14 ci-jointe).

La seule exception à ce principe résulte de l'article L 145-3 du Code de la Sécurité Sociale, qui prévoit que le Conseil de l'Ordre peut ordonner le remboursement à la Caisse des sommes indûment perçues durant une période où le praticien était interdit de donner des soins aux assurés sociaux. Cette mesure est également valable en cas d'interdiction d'exercer, résultant d'une décision de la section disciplinaire d'un Conseil de l'Ordre (décision 15 ci-jointe).

### 2) Nombre de dossiers présentés à l'appui d'une plainte

Pour prononcer une éventuelle sanction le Conseil de l'Ordre doit apprécier la matérialité et la gravité des faits reprochés, les Caisses doivent donc étayer leurs plaintes par la présentation d'un nombre de dossiers le plus important possible. La justification d'une plainte par un dossier unique n'est que rarement retenue par la juridiction ordinaire et nuit à l'image de sérieux que les Caisses Primaires doivent s'efforcer de déployer devant cette juridiction (décision 16 ci-jointe).

3) Plaintes pour activité et prescriptions abusives

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 le grief d'actes injustifiés ne peut être établi à partir des seules constatations faites par les Tableaux Statistiques d'Activité des Praticiens (décision 17 ci-jointe). Ces tableaux statistiques ne peuvent constituer une présomption de culpabilité et il appartient à la Caisse de corroborer ces constatations par d'autres éléments, pour permettre au Conseil de l'Ordre d'apprécier la matérialité des faits (décision 8 ci-jointe).

Docteur Jean MARTY

Médecin-Conseil National

Dominique COUDREAU

## Annexe I

### Représentation des organismes de Province

### auprès de la Section des Assurances Sociales

### du Conseil National de l'Ordre

Les Caisses de la circonscription de la CRAM de	peuvent être représentées par la Caisse Primaire de
Normandie Nord-Est	PARIS (75)
Bourgogne Franche-Comté Sud-Est	LE PECQ (78)
Massif Central Aquitaine Midi-Pyrénées	EVRY (91)
Rhône Alpes Centre	NANTERRE (92)
Nord Picardie	BOBIGNY (93)
Strasbourg Languedoc-Roussillon	CRETEIL (94)
Centre Ouest Bretagne Pays de la Loire	CERGY-PONTOISE (95)

## DECISION N°1

APRES EN AVOIR DELIBERE,

### Sur la recevabilité de l'appel

Considérant, d'une part, que la requête présentée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ est signée par M \_\_\_\_\_, directeur du contentieux ;

Considérant qu'aux termes de l'article 15 du décret n° 60-452 du 12 mai 1960 susvisé : "Les organismes sont représentés de plein droit en justice et dans tous les actes de la vie civile par leur président qui peut déléguer ses pouvoirs au directeur par mandat spécial ou général. Dans les matières relevant des attributions du directeur les organismes sont représentés uniquement par le directeur." ; qu'aux termes de l'article 14 du même décret : "I - Le directeur assure le fonctionnement de l'organisme sous le contrôle du conseil d'administration..." ; VI - "Le directeur peut déléguer, sous sa responsabilité, une partie de ses pouvoirs à certains agents de l'organisme. Il peut donner mandat à des agents de l'organisme en vue d'assurer la représentation de celui-ci en justice et dans les actes de la vie civile..." ;

Considérant qu'il résulte des justifications produites par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et jointes au dossier que le président de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ a donné mandat, en exécution de l'article 15 du décret du 12 mai 1960 précité, au directeur de la caisse de représenter celle-ci dans les actes de la vie civile et en justice ; qu'en outre, par application des dispositions de l'article 14 précité, le directeur de ladite caisse a lui-même délégué ses pouvoirs à M \_\_\_\_\_, directeur du contentieux, à l'effet de représenter la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ devant le Conseil National de l'Ordre des Médecins dans la procédure diligentée contre M \_\_\_\_\_ ; qu'il suit de là que le moyen tiré de ce que l'appel formé par la caisse n'aurait pas été signé par une personne qui avait qualité pour représenter l'organisme ne saurait être retenu ;

Considérant, d'autre part, que la circonstance qu'une sanction a été prononcée par la section des assurances sociales du Conseil Régional, comme le demandait la Caisse Primaire dans la plainte, ne saurait faire obstacle à ce que ladite caisse, qui a qualité pour faire appel en vertu des dispositions de l'article 21 du décret du 7 janvier 1966, saisisse le juge d'appel pour demander qu'une sanction plus sévère soit prononcée à l'encontre du praticien ; qu'il suit de là que les fins de non recevoir proposées par M \_\_\_\_\_ ne peuvent être retenues ;

### Sur la sanction :

Considérant qu'il résulte de l'instruction et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté que M \_\_\_\_\_, ayant à exécuter en urgence une prescription médicale portant sur 15 séances, a commencé les soins avant même d'avoir adressé à la Caisse d'Assurance Maladie la demande d'accord ; qu'elle a porté sur la feuille de soins une date d'exécution postérieure à la réalité ; qu'elle a attesté l'exécution de 15 séances, alors qu'elle n'en a pratiqué que 9 ; qu'elle a appliqué une cotation des actes en AMM7, alors que la demande d'accord prévoyait une cotation en AMM6 ; qu'elle a signé à la place de l'assuré la feuille de soins et l'autorisation de règlement à un tiers ;

Considérant que la faute commise par M [redacted] présente par elle-même une réelle gravité dans le mesure ou elle révèle une intention frauduleuse et non une simple négligence ; que, toutefois, il y a lieu de tenir compte de ce que l'intéressée n'était encore qu'à ses débuts professionnels lorsqu'elle a commis les faits qui lui sont reprochés ; qu'en outre, il n'est pas allégué que la faute qu'elle a commise serait révélatrice d'un comportement systématique de sa part ; qu'eu égard au caractère isolé de cette faute, il sera fait une juste appréciation de celle-ci en substituant à la sanction du blâme infligée par la décision contestée, la sanction du blâme avec publication pendant un mois dans les locaux de la caisse ouverts au public ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er - La sanction du blâme avec publication est substituée à la sanction du blâme prononcée à l'article 1er de la décision de la section des assurances sociales du conseil régional de [redacted], le 12 décembre 1985.

Article 2 - La publication mentionnée à l'article 1er sera effectuée pendant un mois, à compter du premier jour du mois suivant le mois au cours duquel la présente décision sera notifiée à la caisse, sous la forme d'une publication intégrale de la présente décision dans les locaux de ladite caisse.

Article 3 - Les frais de la présente instance s'élevant à 615,15 F seront supportés par M [redacted] et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 4 - La présente décision sera notifiée à M [redacted], au directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de [redacted], à la section des assurances sociales du Conseil Régional de [redacted], au directeur régional des Affaires Sanitaires et Sociales de [redacted], au chef du service régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de [redacted], au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 18 décembre 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; M POIRIER, masseur-kinésithérapeute, membre titulaire, nommé par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, désigné par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

## DECISION N° 2

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant que, par sa décision du 12 septembre 1985, la section des Assurances Sociales du Conseil National a relevé que, pour justifier sa plainte, la caisse plaignante se fonde essentiellement sur les tableaux statistiques des actes professionnels du Dr [redacted] et que les anomalies que ces tableaux révèlent, selon elle, ne suffisent pas à établir que le praticien a utilisé la lettre clé CS en méconnaissant la définition du contenu de la consultation du médecin spécialiste qualifié ou qu'il a utilisé cette cotation alors qu'il était tenu de ne coter qu'en utilisant la lettre clé K et, le cas échéant, en remettant au malade la demande d'entente préalable prévue à l'article 7 des dispositions générales de la nomenclature ; que, par cette même décision, la section a relevé que, compte tenu de certaines circonstances, il n'était pas possible de rejeter en l'état la plainte de la caisse pour défaut de toute justification sans donner à celle-ci la possibilité d'établir par des documents précis que le Dr SALAUN a méconnu les règles de cotation qui s'imposaient à lui ; que la section a donné à la CPAM de [redacted] un délai de quatre mois à compter de la date de la notification de la décision pour présenter, si elle s'estime en mesure de le faire, des documents propres à établir que le Dr [redacted] a commis les faits qu'elle lui reproche ;

Considérant que la CPAM de [redacted] n'a produit aucune pièce postérieurement à la notification de la décision susmentionnée de la section ; que, par suite, la plainte n'étant pas appuyée de pièces propres à la justifier, il y a lieu d'en prononcer le rejet ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La plainte de la CPAM de [redacted], enregistrée le 21 novembre 1983, devant la section des assurances sociales du Conseil Régional de [redacted] et formée à l'encontre du Dr [redacted] est rejetée pour la partie de cette plainte qui n'avait pas été rejetée par la décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil National de l'Ordre des Médecins en date du 12 septembre 1985.

Article 2 : La partie de la décision de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de [redacted] en date du 29 mars 1984, qui n'avait pas été annulée par la décision susvisée du 12 septembre 1985, est annulée.

Article 3 : Les frais de la présente instance et les frais de l'instance devant la section des assurances sociales du conseil régional de [redacted], s'élevant au total à 1007 F 95 sont mis à la charge de la CPAM de [redacted] et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_, à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_, au chef du service régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 21 mai 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; MM les Drs CLOSIER et KLEPPING, membres titulaires, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, désignés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

### **DECISION N°3**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

#### Sur la régularité de la procédure de première instance :

Considérant que cette procédure a revêtu un caractère contradictoire et que la section des Assurances Sociales du Conseil Régional, s'estimant suffisamment éclairée par les pièces du dossier et par les déclarations des parties, a pu, passant outre à la demande d'enquête du Dr \_\_\_\_\_, se prononcer sur la plainte de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_.

#### Sur la recevabilité de la plainte :

Considérant qu'aux termes de l'article 17 du décret du 7 janvier 1966 modifié, applicable à la plainte : "Les sections des Assurances Sociales des Conseils Régionaux de discipline des médecins... Sont saisis, dans les cas prévus à l'article L 403 du Code de la Sécurité Sociale, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat du Conseil Régional..., dans le délai d'un an à compter de la date à laquelle la partie plaignante a eu connaissance du fait motivant la plainte et, au plus tard, dans un délai de deux ans à compter de la date de ce fait...";

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que la plainte de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ a été enregistrée le 17 octobre 1983 au secrétariat du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ ; qu'à cette date, seuls les faits postérieurs au 16 octobre 1981 pouvaient valablement être soumis à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional ; que, par suite, il y a lieu d'annuler la décision contestée en tant qu'elle est fondée sur des faits antérieurs au 17 octobre 1981 ;

#### Sur le fond :

Considérant qu'à l'appui de sa requête tendant à l'annulation de la décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ et au rejet de la plainte de la caisse, plainte qui était fondée sur les déclarations de nombreux patients du Dr \_\_\_\_\_, ce dernier soutient que ces déclarations ne peuvent être admises comme preuve parce qu'elles ont toutes été recueillies auprès d'étrangers, illettrés et ignorant la langue française, qui n'ont pu comprendre ni les questions qui leur étaient posées par les enquêteurs de la Sécurité Sociale ni le texte que ceux-ci, après l'avoir rédigé, leur ont lu et fait revêtir d'une signature ou d'une griffe sous la mention : "La personne entendue - Lu et approuvé" ;

Considérant qu'il ressort de l'examen du dossier que les personnes interrogées par les enquêteurs de la Sécurité Sociale étaient bien, comme l'affirme le Dr \_\_\_\_\_, des étrangers analphabètes et illettrés, d'origine maghrébine pour la plupart ; qu'il ne s'ensuit pas que leurs déclarations, dont la caisse plaignante fait état, doivent être tenues pour dénuées de valeur et par suite écartées ; qu'il n'est pas en effet établi que ces personnes fussent incapables de comprendre les questions qui leur étaient posées et d'y faire réponse ; qu'il résulte de l'audition des deux témoins entendus à l'audience de ce jour à la demande du Dr \_\_\_\_\_ que ces deux personnes, précédemment entendues dans la présente affaire par les enquêteurs de la Sécurité Sociale, se sont révélées capables de comprendre des questions simples posées en français et d'y répondre de même ; que la véracité des déclarations recueillies par des enquêteurs, dont rien ne permet de suspecter l'honnêteté, résulte tant de la clarté des réponses faites à des questions simples posées par eux que de la mention dans plusieurs de ces déclarations de faits ou de détails que seuls les intéressés pouvaient connaître ; que la circonstance que les enquêteurs aient employé, en rédigeant les déclarations, des termes tels que "actes fictifs", que les personnes interrogées ne connaissaient manifestement pas ne peut priver de valeur leurs réponses aux questions concernant le nombre et la nature des soins que leur avait dispensés le Dr \_\_\_\_\_ ; qu'il en va de même de la circonstance que certains des intéressés ont été interrogés assez longtemps après les faits ;

Considérant que les feuilles de soins figurant au dossier portent la mention des actes que le Dr \_\_\_\_\_ a déclaré avoir exécutés pendant la période visée par la plainte ; qu'il résulte du rapprochement entre ces mentions et les indications fournies par ses patients que le Dr \_\_\_\_\_ a porté sur les documents délivrés à ceux-ci de fausses mentions ; qu'il a ainsi commis des fautes de nature à justifier une sanction ; qu'il sera fait une juste appréciation des circonstances de l'affaire en substituant à la peine que lui a infligée la section des Assurances Sociales du Conseil Régional, un blâme avec publication durant un mois ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ est annulée en tant qu'elle est fondée sur des faits antérieurs au 17 octobre 1981.

Article 2 : Il est infligé au Dr \_\_\_\_\_ un blâme avec publication durant un mois dans les locaux de la Caisse plaignante ouverts au public.

Article 3 : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de \_\_\_\_\_ est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_ à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_ au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_, au chef du service régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 18 février 1987, par : M FOUGERE, Conseiller d'Etat honoraire, Président ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, et M le Dr JUNG, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

## DECISION N°4

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant que, d'une part, dans son mémoire du 27 février 1986, où elle a exposé ses moyens à l'appui qui s'est ainsi trouvée motivée, le Dr \_\_\_\_\_ déclare limiter ses conclusions à une demande de réformation de la décision de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ du 9 mai 1985 par substitution d'une peine plus douce à la peine de six mois d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux que lui a infligé cette juridiction ;

Considérant, d'autre part, que la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, saisie de deux plaintes contre le Dr \_\_\_\_\_, émanant respectivement de la CPAM d' \_\_\_\_\_ et du Médecin-Conseil chef de service du contrôle médical d \_\_\_\_\_, ne s'est prononcée par la décision dont la requérante fait appel que sur la première de ces plaintes ;

Considérant que la section des Assurances Sociales du Conseil National de l'Ordre des Médecins doit dès lors, dans la limite des conclusions susanalysées, rechercher si c'est à bon droit que la section des Assurances Sociales du Conseil Régional a prononcé contre le Dr \_\_\_\_\_ une peine de six mois d'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux en raison des fautes que la CPAM lui reproche d'avoir commises ;

### Sur la recevabilité de la plainte :

Considérant qu'aux termes de l'article R 145-17 du code de la Sécurité Sociale : "Les sections des Assurances Sociales des Conseils Régionaux de discipline des médecins... sont saisies, dans les cas prévus à l'article L 145-1 et aux articles R 145-1 et R 145-8, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, adressée au secrétariat du Conseil Régional..., dans le délai d'un an à compter de la date à laquelle la partie plaignante a eu connaissance du fait motivant la plainte et, au plus tard, dans un délai de deux ans à compter de la date de ce fait" ;

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que la plainte adressée à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ par le Médecin-Conseil chef de service du contrôle médical d \_\_\_\_\_ et par le Directeur de ladite caisse, a été formulée le 13 mars 1985 ; que, par suite, la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ n'était saisie valablement que des faits postérieurs au 13 mars 1983 ; qu'il y a lieu d'écarter des pièces du dossier, celles qui concernent des faits antérieurs à cette date ;

Sur le fond :

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le Dr \_\_\_\_\_ a omis, à de nombreuses reprises, comme elle le reconnaît, de demander une entente préalable pour les séances d'acupuncture ; qu'elle a commis des erreurs de cotations et coté en "C" des soins de mésothérapie qui n'étaient pas remboursables par la Sécurité Sociale ; que le nombre et l'importance des irrégularités ainsi commises ne permettent pas de les expliquer, comme le soutient la requérante, par son ignorance ou sa légèreté ; qu'elles constituent des fautes certaines et graves qui justifient qu'une peine soit infligée à la requérante ;

Considérant qu'il sera fait une juste appréciation des circonstances de l'affaire en ramenant de six mois à trois mois la durée de l'interdiction faite au Dr \_\_\_\_\_ de donner des soins aux assurés sociaux ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : Il est interdit au Dr \_\_\_\_\_ de donner des soins aux assurés sociaux pendant une durée de trois mois. Cette interdiction prendra effet à compter du 1er décembre 1986 inclus.

Article 2 : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales de \_\_\_\_\_ est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 3 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_ au Directeur de la CPAM de \_\_\_\_\_, au Médecin-Conseil chef de service du contrôle médical de \_\_\_\_\_ à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur

régional des affaires sanitaires et sociales de \_\_\_\_\_, au chef du service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 21 mai 1986, par : M FOUGERE, Conseiller d'Etat honoraire, Président ; MM les Drs CLOSIER et KLEPPING, membres titulaires, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

## **DECISION N°5**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la régularité de la procédure de première instance sans qu'il soit besoin d'examiner les moyens de la requête :

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier de première instance, ainsi d'ailleurs que des termes même de la décision attaquée, que les auteurs de la plainte, dont était saisie la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_, ont déposé, le 11 mars 1985, des observations complémentaires, et par lesquelles ils ont tenté de compléter les motifs sur lesquels la plainte initiale était fondée; qu'il ressort de l'examen des observations ainsi développées que celles-ci contenaient sur le plan des faits et sur le plan de l'appréciation de la gravité des fautes reprochées au Dr \_\_\_\_\_ des éléments qui ne pouvaient dispenser la section de communiquer lesdites observations au médecin poursuivi ; qu'il est constant que celui-ci n'a pas reçu la communication des observations dont il s'agit et, qu'en tout cas, il n'a pu avoir un délai suffisant pour présenter sa défense ; qu'ainsi la décision attaquée méconnaît la règle du contradictoire et doit être annulée ;

Considérant qu'il y a lieu d'évoquer et de statuer sur la plainte de la CPAM de \_\_\_\_\_ et du service du contrôle médical près de ladite caisse ;

Sur la plainte :

Considérant qu'aux termes de l'article 9 du code de déontologie médicale : "Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins, et sans négliger son devoir d'assistance morale, il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire." ; qu'aux termes de l'article 14 : "Tout médecin est responsable de chacun de ses actes professionnels..." ; qu'aux termes de l'article 24 du même code : "Sont interdits : - tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite..." ; qu'aux termes de l'article 47 du même code : "L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires..." ; qu'aux termes de l'article 48 : "Le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive...";

Considérant qu'il résulte de l'instruction et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté que le Dr \_\_\_\_\_ qui remplaçait à cette époque le médecin traitant de la jeune Anne R \_\_\_\_\_ a, entre le 15 juillet 1983 et le 22 novembre 1983, prescrit des transports sanitaires sans indiquer le lieu de la destination, dans certains cas sans les dater, dans d'autres cas sans mentionner le nom du bénéficiaire ; que le Dr \_\_\_\_\_ ne conteste pas que, pris de pitié devant la situation des parents et notamment d'une mère qui, trompant sa bonne foi, faisait état de la nécessité de faire transporter leur enfant atteint de troubles graves sans qu'un diagnostic précis ait pu être établi, il remettait en blanc des prescriptions de transports sanitaires ;

Considérant que, s'il doit être admis que le Dr \_\_\_\_\_ ignorait, à la date où il a remis les prescriptions dont il s'agit à la mère de l'enfant, que celle-ci abusait de sa confiance, il n'en reste pas moins qu'en acceptant de délivrer à un assuré des documents qui ouvraient à celui-ci, sans aucun contrôle de la part du médecin et sans aucun motif réel, des droits en matière de sécurité sociale, droits d'ailleurs correspondant à des dépenses élevées, le Dr \_\_\_\_\_ a méconnu les principes susrappelés du code de déontologie médicale qui obligent le médecin à agir de manière responsable et sans céder aux demandes injustifiées d'un malade ; que, compte tenu du caractère répété et sérieux des abus qu'il a commis, il sera fait une juste appréciation des faits qu'il a commis en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux mois ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, en date du 13 mars 1985, est annulée.

Article 2 : La sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux mois est infligée au Dr \_\_\_\_\_

Article 3 : La mesure de suspension mentionnée à l'article 2 prendra effet à compter du 1er janvier 1987 inclus.

Article 4 : Les frais de la présente instance s'élevant à 570 F 75 seront supportés par le Dr \_\_\_\_\_ et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, au Directeur de la CPAM de \_\_\_\_\_ au Médecin-Conseil chef de service près de la CPAM de \_\_\_\_\_, à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et sociales de \_\_\_\_\_, au chef du service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_ au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 11 septembre 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; MM les Drs CLOSIER et KLEPPING, membres titulaires, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°6**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la demande tendant au report de l'audience :

Considérant qu'aux termes de l'article 16 du décret du 7 janvier 1966 susvisé : "Sans préjudice des dispositions de l'article 20, la procédure est écrite et contradictoire." ; qu'aux termes de l'article 20 du même décret : "les requérants sont admis en qualité de parties intéressées à se faire représenter aux débats . Les praticiens ou auxiliaires médicaux intéressés peuvent se faire assister ou représenter à l'audience par un membre de leur profession ou par un avocat ; qu'aux termes de l'article 13 du décret du 26 octobre 1948 auquel renvoient les dispositions de l'article 15 du décret ci-dessus mentionné du 7 janvier 1966 : " si le praticien incriminé ne se présente pas, l'affaire peut être jugée sur pièces après audition du rapporteur ;

Considérant que la section trouve dans les pièces du dossier de première instance et dans les pièces du dossier d'appel tous les éléments suffisants pour se prononcer en connaissance de cause sur les faits reprochés à M ; que, par suite, il n'y a pas lieu de reporter à une date ultérieure, malgré l'absence de M , l'examen de l'appel formé par ce dernier ;

Sur les faits reprochés à M STEPHANOPOLI et sur la sanction :

Considérant qu'aux termes de l'article L 403 du code de la Sécurité Sociale dont les dispositions ont été reprises à l'article L 145-1 du nouveau code : "Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section du Conseil Régional de discipline des médecins... et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins..." ; que, s'agissant d'un masseur-kinésithérapeute, la procédure instituée par les dispositions précitées et la compétence de juridiction prévue à celle-ci ont été étendues aux auxiliaires médicaux par les dispositions du décret n° 66-35 du 7 janvier 1966 ;

Considérant que la circonstance qu'une convention n'ait pas régi les rapports entre les auxiliaires médicaux et les organismes de Sécurité Sociale à la date où les faits reprochés à M ont été commis, ne peut pas elle-même faire obstacle à l'application des dispositions législatives et réglementaires susmentionnées dès lors que les faits relevés par la caisse à l'encontre de celui-ci constituent par eux-mêmes des fraudes ou abus au sens de l'article L 403 du Code de la Sécurité Sociale ;

Considérant que la plainte de la Caisse est fondée sur ce que, à l'occasion de soins qu'il a dispensés à Mme Lucie R , assurée sociale, du 15 septembre 1979 au 23 novembre 1979, M a attesté avoir exécuté à domicile 60 séances d'un traitement de massage et de kinésithérapie qu'il a cotées AMM9 et pour lesquelles il a obtenu le règlement direct de ses honoraires à lui-même dans le cadre de la procédure dite "dû pour autorisation d'avance", alors que le nombre de séances prescrites par le médecin n'avaient été que de 30 et que la prescription médicale ne précisait pas que les soins devaient être dispensés à domicile pour la seconde ordonnance et que la première ordonnance ne mentionnait pas le caractère urgent des prescriptions ;

Considérant qu'il résulte des pièces du dossier que les ordonnances dont il s'agit ont été rectifiées soit par M lui-même, soit par un employé placé sous son autorité et non par le médecin ; qu'il en est de même de la mention "au domicile" ; que la première correction permettait à M d'éviter la procédure de la demande d'entente préalable et la mention "à domicile" permettait de recevoir des honoraires d'un montant supérieur ; qu'il est établi en outre que M a attesté un nombre de séances supérieures au nombre de séances réellement effectuées ; qu'enfin, les feuilles de soins qui ont permis le règlement des honoraires, n'ont pas été signées par l'assuré mais par M ;

Considérant que les explications que donne l'intéressé pour une fraude qui aurait été commise à son insu par un employé ne sont pas corroborées par l'instruction et ne peuvent être retenues ; que, s'il fait valoir qu'à la même époque un détournement de fonds aurait été commis à son préjudice, il ne justifie pas devoir porter plainte à ce sujet ; que, de même, les explications sur l'erreur matérielle qu'il aurait commise ne peuvent être tenues pour exactes ; qu'il suit de là que le comportement de M ; en l'espèce, a un caractère frauduleux et constitue, au sens des dispositions précitées de l'article L 403 du Code de la Sécurité Sociale, une fraude à l'occasion de soins dispensés à un assuré social ;

Considérant qu'en infligeant à M , pour les faits dont il s'agit, la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois, la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de a fait une juste appréciation de la gravité des faits reprochés ;

Considérant que les faits reprochés à M ont un caractère délibéré et constituent ainsi un manquement à la probité ; que, par suite, ils sont exclus du bénéfice de l'article 13 de la loi du 4 août 1981 susvisée ;

DECIDE :

Article 1er : La requête de M \_\_\_\_\_ est rejetée.

Article 2 : L'interdiction prononcée par la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_, en date du 12 février 1985, prendra effet à compter du 1er mai 1987 inclus.

Article 3 : Les frais de la présente instance s'élevant à 516,55 F seront supportés par M \_\_\_\_\_ et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à M \_\_\_\_\_, au Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_, à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_ au chef du Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 18 décembre 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; M POIRIER, masseur kinésithérapeute, membre titulaire, nommé par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, désigné par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°7**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la recevabilité de la plainte :

Considérant qu'aucune disposition législative ou réglementaire ne subordonne le dépôt d'une plainte contre un médecin devant la section des Assurances Sociales à la saisine préalable de la Commission Médicale paritaire locale ; que la plainte du Médecin-Conseil Régional Adjoint de la région de \_\_\_\_\_ est, par suite, recevable et qu'il y a lieu d'y statuer au fond ;

Au fond :

Considérant que, pour interdire au Dr \_\_\_\_\_ de dispenser des soins aux assurés sociaux pendant un an, la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ de l'Ordre des Médecins a retenu à la charge de ce praticien parmi les griefs invoqués à son encontre par le Médecin-Conseil Régional plaignant la fréquence abusive des actes et le non-respect de la nomenclature du fait de la surcotation de certains actes et du cumul d'honoraires de consultation et de ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance ; que le Dr \_\_\_\_\_, qui reconnaît avoir commis quelques erreurs de cotation, qu'il explique par des oublis involontaires, conteste le bien-fondé de la décision attaquée ;

Considérant d'une part qu'il résulte de l'instruction que, comme les premiers juges l'ont relevé de façon détaillée et précise, le Dr \_\_\_\_\_ a multiplié sur ses patients des actes médicaux que l'état de la plupart d'entre eux ne rendait ni nécessaires, ni utiles ; qu'en admettant même que l'utilisation systématique, qui lui a été reprochée, à côté des tomographies frontales de coupes non parallèles au plan précédent, ait pu se justifier cette circonstance ne retirerait pas aux autres actes exécutés par lui leur caractère abusif ;

Considérant d'autre part que les erreurs de cotation reconnues pour la plupart par le Dr \_\_\_\_\_ ne peuvent s'expliquer raisonnablement par de simples oublis qu'aurait commis dans sept au moins ce praticien qui a derrière lui de longues années d'une pratique médicale particulièrement riche et variée ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que c'est à bon droit que les premiers juges, sans ordonner l'expertise sollicitée par le Dr \_\_\_\_\_ ont estimé que celui-ci avait commis des fautes de nature à justifier une sanction disciplinaire ; qu'il sera fait une juste appréciation des circonstances de l'affaire en ramenant de douze mois à trois mois la durée pendant laquelle il sera interdit au Dr \_\_\_\_\_ de donner des soins aux assurés sociaux.

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : Il est interdit au Dr \_\_\_\_\_ de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de trois mois, qui commencera à courir à compter de la notification de la présente décision.

Article 2 : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional \_\_\_\_\_ de l'Ordre des Médecins est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 3 : Le surplus des conclusions de la requête du Dr \_\_\_\_\_ est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, au Médecin-Conseil Régional, Direction du Service Médical de la Région de \_\_\_\_\_, à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_ au Chef de Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de la région \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 4 mars 1986, par : M FOUGERE, Conseiller d'Etat honoraire, Président ; M le Dr CLOSIER, membre titulaire et le Dr JUNG, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Melle MEQUIGNON, membres suppléants, désignés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°8**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la régularité en la forme de la décision attaquée :

Considérant que, pour infliger un avertissement au Dr [redacted] les premiers juges se sont fondés notamment sur les conclusions des expertises médicales qui infirmeraient, dans des cas individuels précis, les prescriptions de ce praticien ; qu'il résulte de l'examen des pièces du dossier de première instance que les conclusions de ces expertises effectuées en 1983 et 1984 n'ont été communiquées à la section des Assurances Sociales et portées à la connaissance du Dr [redacted] qu'au cours de l'audience du 24 septembre 1985 ; que la caisse plaignante soutient, il est vrai, que s'agissant de conclusions d'expertises médicales diligentées dans le cadre des articles L 141-1 et suivants et R 141-1 et suivants du code de la Sécurité Sociale, le Dr [redacted] en avait eu préalablement connaissance et avait été ainsi en mesure de préparer utilement sa défense ; que cette argumentation de la caisse ne peut être admise car sa plainte, fondée principalement sur les indications fournies par l'étude des TSAP de l'intéressé, comme les mémoires présentées par elle au cours de la procédure juridictionnelle, ne faisaient pas explicitement référence aux conclusions de ces expertises ; que, de surcroît, les pièces versées à l'audience par la caisse ne portaient pas le nom des malades qui avaient été l'objet de ces expertises ; que la procédure ainsi conduite n'a pas par suite revêtu un caractère contradictoire : qu'il y a lieu d'annuler la décision attaquée ;

Considérant que l'affaire est en état d'être jugée ; qu'il y a lieu de l'évoquer pour y avoir statué immédiatement ;

Sur la recevabilité de la plainte :

Considérant d'une part, que les dispositions législatives et réglementaires relatives au contentieux du contrôle technique de la Sécurité Sociale en vertu desquelles le Dr [redacted] a été poursuivi devant la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de FRANCE ne subordonnent pas la saisine de cette juridiction à la saisine préalable du comité médical paritaire prévue à l'article 16 de la convention nationale des médecins ; qu'il suit de là que le moyen tiré par le requérant du fait que la caisse plaignante a saisi la section des Assurances Sociales du Conseil Régional sans respecter la procédure définie à l'article 16 précité est inopérant ;

Considérant d'autre part que la caisse, qui dans sa plainte initiale déposée le 11 janvier 1984 avait visé des actes médicaux exécutés par le Dr [redacted] au cours de la période du 1er juillet 1981 au 31 mars 1983, a ultérieurement déclaré dans son mémoire du 6 juillet 1984 qu'elle n'entendait poursuivre ce praticien qu'en raison des soins dispensés par lui entre le 1er juillet 1982 et le 31 mars 1983 ; que les faits compris entre ces deux dates n'étaient pas, le 11 janvier 1984, date du dépôt de la plainte, couverts par la prescription des deux ans et qu'il n'est pas établi que la caisse ait eu connaissance depuis plus d'un an à cette date de ceux qui étaient antérieures au 11 janvier 1983 ;

Considérant que de ce qui précède il résulte que la plainte de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ était recevable ;

Au fond :

Considérant que les tableaux statistiques d'activité du Dr \_\_\_\_\_ au cours de la période visée par la plainte de la caisse font ressortir que le nombre d'indemnités journalières versées à ses clients, le nombre des journées d'arrêt de travail prescrites par acte dispensé et le nombre total d'actes dispensés étaient très supérieurs à ceux relevés en moyenne dans son groupe ; que ces indications, qui permettent de présumer le caractère abusif des soins et actes du Dr \_\_\_\_\_ se trouvent corroborées pour partie au moins de ceux-ci par les documents relatifs aux expertises médicales versées au dossier par la Caisse et dont le requérant a pu prendre utilement connaissance en cause d'appel ; qu'il ressort des conclusions de ces expertises que pendant la période considérée le Dr \_\_\_\_\_ a prescrit à deux reprises des arrêts de travail qui ont été reconnus injustifiés et fait bénéficier indûment un patient des dispositions de l'article L 286-1 du code de la Sécurité Sociale ; qu'il suit de là que le requérant a commis des irrégularités de nature à entraîner une sanction ; qu'il sera fait une juste appréciation des circonstances de l'espèce, en tenant compte notamment de la composition de la clientèle et des conditions d'exercice du Dr \_\_\_\_\_, en prononçant contre lui un simple avertissement ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ de l'Ordre des Médecins est annulée.

Article 2 : Il est infligé au Dr \_\_\_\_\_ un avertissement.

Article 3 : Les frais de la présente instance, s'élevant à 545 F 10, seront supportés par le Dr \_\_\_\_\_ et devront être versés dans un délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_, au Chef du service régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 18 février 1987 par : M FOUGERE, Conseiller d'Etat honoraire, Président ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, et M le Dr JUNG, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

## **DECISION N°9**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur les conclusions tendant à ce que l'examen de l'appel soit reporté à une date ultérieure :

Considérant que la section trouve dans le dossier qui lui est soumis l'ensemble des éléments nécessaires pour se prononcer en connaissance de cause sur les faits qui sont reprochés au Dr ; que, par suite, la circonstance que celui-ci ferait actuellement l'objet d'une information pénale n'est pas de nature à justifier que la section reporte à une date ultérieure l'examen de l'appel formé par le Dr ;

Sur le bien fondé de la sanction :

Considérant qu'aux termes de l'article 47 du Code de déontologie : "L'exercice de la médecine comporte normalement l'établissement par le médecin, conformément aux constatations médicales qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires..." ; qu'aux termes de l'article 48 du même code : "Le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive. Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits" ;

Considérant qu'aux termes de l'article 1er de la première partie des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, annexé à l'arrêté du 27 mars 1972 modifié : "Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12 mai 1960 modifié établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation" ; qu'aux termes de l'article 2 de la même première partie des dispositions générales : "tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient. 1° Lettre-clé : 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..." ; qu'aux termes de l'article 3 dans la rédaction applicable au cours de la période pendant laquelle les faits reprochés au Dr ont été commis : "Le praticien.... doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa notation comportant la lettre-clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui qui l'exécute, et immédiatement après, le coefficient fixé par la nomenclature" ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction, qu'au cours de la période comprise entre le 1er avril 1982 et le 30 juin 1983, le Dr \_\_\_\_\_ a, à de nombreuses reprises, signé des feuilles de soins faisant ressortir qu'il avait examiné en consultation, à des dates rapprochées, un assuré social et perçu, à l'occasion de chacune des consultations, des honoraires d'un montant généralement fixé à 65 F par consultation, alors que, en fait, une seule consultation avait eu lieu et qu'elle avait donné lieu à la perception d'honoraires s'élevant à 130 ou 150 F ; que la matérialité des faits ressort de l'examen des feuilles de soins jointes par la caisse à l'appui de sa plainte et des attestations qui ont été recueillies par la caisse dans le cadre d'une enquête à laquelle elle a procédé après avoir sélectionné un certain nombre de dossiers faisant ressortir des consultations pour un même malade à des dates rapprochées ;

Considérant qu'ainsi le Dr \_\_\_\_\_ a méconnu les dispositions du deuxième alinéa de l'article 48 du Code de déontologie et a commis une fraude à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux au sens de l'article L 403 du Code de la Sécurité Sociale actuellement codifié à l'article L 145-1 du Code de la Sécurité Sociale annexé au décret susvisé du 17 décembre 1985 ;

Considérant que, dans les circonstances de l'espèce, et s'agissant d'un comportement délibéré, la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ a fait une juste appréciation des fautes commises par le Dr \_\_\_\_\_ en lui infligeant la sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant trois mois ;

PAR CES MOTIFS,

Article 1er : La requête du Dr \_\_\_\_\_ est rejetée.

Article 2 : La présente décision prendra effet à compter du \_\_\_\_\_

Article 3 : Les frais de la présente instance s'élevant à 525 F 75 sont mis à la charge du Dr \_\_\_\_\_

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_ à la CPAM de \_\_\_\_\_ à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_, au Chef du service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 21 mai 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; MM les Drs CLOSIER et KLEPPING, membres titulaires, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, désignés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

## DECISION N°10

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant que l'appel formé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie est fondé sur ce que, si la section des Assurances Sociales du Conseil Régional a retenu les griefs qu'elle avait articulés à l'encontre de M. , la sanction de l'avertissement infligée à ce masseur-kinésithérapeute est insuffisamment sévère compte tenu de la nature et de la gravité des faits que la juridiction de première instance a retenus ; que, ces faits n'étant pas contestés par M. la seule question soumise à la juridiction d'appel est de savoir quelle en est l'exacte gravité dans les circonstances de l'espèce ;

Considérant qu'aux termes de l'article premier des dispositions générales de la nomenclature, 1ère partie, annexée à l'arrêté susvisé du 27 mars 1972 :

"Les nomenclatures prises en application de l'article 7 du décret n° 60-451 du 12 mai 1960 modifié, établissent la liste, avec leur cotation, des actes professionnels que peuvent avoir à effectuer les médecins, et dans la limite de leur compétence, les chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux.

Ces nomenclatures s'imposent aux praticiens et auxiliaires médicaux pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie, tout en respectant, le secret professionnel, et dans l'intérêt du malade, le type et la valeur des actes techniques effectués en vue du calcul par les organismes de leur participation" ;

Qu'aux termes de l'article 2 de la même 1ère partie : "Tout acte est désigné par une lettre-clé et un coefficient.

1°) lettre-clé

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 : AMM - actes pratiqués par le masseur-kinésithérapeute.

2°) Coefficient.

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte professionnel." ;

Qu'aux termes de l'article 3 de la même 1ère partie : Notation d'un acte.

"Le praticien ou l'auxiliaire médical doit indiquer sur la feuille de maladie non pas la nature de l'acte pratiqué, mais simplement sa notation comportant la lettre-clé prévue à l'article précédent selon le type de l'acte et la qualité de celui que l'exécute, et immédiatement après, le coefficient fixé par la nomenclature." ;

Qu'aux termes du CHAPITRE III : Traitements de rééducation et de réadaptation fonctionnelles.

"Les cotations comprennent les massages et thérapeutiques de rééducation, quels que soient les méthodes et le nombre de techniques employées."

Qu'il est notamment prévu que : "Par dérogation à l'article 5 des dispositions générales et pour les traitements de rééducation prévus à l'article 1er ci-dessous.... le masseur-kinésithérapeute peut être amené à diriger et à surveiller le traitement simultané de quatre malades au maximum. La séance dans ce cas doit avoir une durée minimale d'une heure. En tout état de cause, le temps consacré exclusivement à chaque malade ne peut être inférieur à la moitié du temps indiqué par séance pour chaque type de rééducation." ;

Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment des documents joints par la Caisse à l'appui de sa plainte que M [nom] masseur-kinésithérapeute, a, au cours du mois de décembre 1982, d'une part, à diverses reprises, traité collectivement cinq patients alors que, comme indiqué ci-dessus, le traitement simultané de plusieurs malades est limité à quatre, d'autre part, dans le cas de traitement simultané de plusieurs malades, consacré à chacun de ceux-ci un temps inférieur à la moitié du temps indiqué par séance pour chaque type de rééducation dans les différentes interventions qu'il a faites, d'autre part, mentionné comme ayant correspondu à un traitement individuel un traitement qui, en fait, avait donné lieu à un traitement collectif ;

Considérant que, si M [nom] fait valoir que l'installation technique dont il dispose et notamment les appareils qu'il met en oeuvre, lui permet dans certains cas d'obtenir des résultats qui seraient aussi satisfaisants que ceux qui sont prévus par la nomenclature et qui exigent une durée de traitement par malade supérieure aux durées qu'il a respectées, ses allégations sur ce point ne sauraient être retenues dès lors que, lorsqu'une modalité de traitement ne figure pas à la nomenclature, il appartient au praticien, en vertu des dispositions de l'article 4 des dispositions générales, de demander l'assimilation à un acte de même importance porté sur la nomenclature ; qu'il n'est pas allégué par M [nom] que celui-ci, dans les cas où sa pratique professionnelle se trouvait en contradiction avec la description figurant à la nomenclature, il aurait recouru à la procédure d'assimilation ;

Considérant en outre qu'en attestant l'exécution d'actes qui ne correspondaient pas en fait à ceux qui sont décrits par la nomenclature, M [nom] a méconnu la règle rappelée ci-dessus et qui, en vertu de l'article 1er des dispositions générales de la nomenclature, fait que celles-ci s'imposent à l'auxiliaire médical pour communiquer aux organismes d'Assurance Maladie le type et la valeur des actes techniques effectués ;

Considérant que, si M \_\_\_\_\_ se prévaut de ce que dans le domaine de la rééducation fonctionnelle les descriptions et exigences figurant dans la nomenclature ne sont pas complètement à jour et devraient être révisées pour tenir compte de l'évolution des techniques, ses allégations sur ce point, à les supposer établies, ne lui permettent pas de se dispenser de l'obligation qu'il a, comme tout praticien, d'utiliser la description de ce document pour faire connaître à l'organisme assureur les actes qu'il a exécutés, sa liberté d'appréciation compte tenu de l'évolution des techniques ne pouvant au surplus être entière et devant tenir compte de ce qu'il agit sur prescription médicale ;

Considérant toutefois qu'il n'est pas établi par l'instruction que M \_\_\_\_\_, qui paraît jouir de la confiance des médecins prescripteurs, ait systématiquement méconnu les obligations qui pesaient sur lui et fait courir à ses patients des risques injustifiés ; que, compte tenu de l'ensemble des circonstances de l'espèce, il sera fait une juste appréciation de la gravité des fautes commises par l'intéressé en substituant à la sanction de l'avertissement prononcée par la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ la sanction du blâme avec publication pendant un mois ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La sanction du blâme avec publication est infligée à M \_\_\_\_\_ .

Article 2 : La publication de la sanction sera effectuée par les soins de la Caisse Primaire \_\_\_\_\_ d'Assurance Maladie \_\_\_\_\_ sous la forme d'un affichage du texte intégral de la présente décision dans les locaux de ladite Caisse ouverts au public, cet affichage étant effectué entre le 1er et le 31 août 1986.

Article 3 : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, en date du 18 octobre 1984, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 : Les frais de la présente instance s'élevant à \_\_\_\_\_ sont mis à la charge de M \_\_\_\_\_ et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée au Président de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie , au Medecin-Chef près de ladite Caisse, à M ; à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de au Chef du service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de , au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 22 mai 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; M POIRIER, masseur-kinésithérapeute, membre titulaire nommé par le Ministre chargé de Sécurité Sociale ; M le Dr JUNG, membre suppléant, nommé par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M BARUBE, membre titulaire, et M le Dr PORCHER, membre suppléant, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°11**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Considérant que, dans le dernier état de ses conclusions, les Dr \_\_\_\_\_ ne demande pas la suppression ou l'atténuation de la peine qui lui a été infligée par la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_ et se borne à contester la motivation de la décision attaquée en soutenant qu'il ne s'est pas rendu coupable de complicité d'exercice illégal de la médecine ;

Considérant que, si l'appelant d'une décision juridictionnelle peut contester la valeur des motifs sur lesquels cette décision est fondée, les conclusions de son appel ne sont recevables que si elles tendent à l'annulation ou à la réformation du dispositif de la décision attaquée : qu'il suit de là que l'appel du Dr \_\_\_\_\_ auquel il n'a d'ailleurs pas été reproché, par la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_, de s'être rendu coupable de complicité d'exercice illégal de la médecine, doit être rejeté comme irrecevable ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : La requête du Dr \_\_\_\_\_ est rejetée.

Article 2 : L'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant une période de deux mois, prononcée contre le Dr \_\_\_\_\_, prendra effet à compter du 15 avril 1987 inclus.

Article 3 : Les frais de la présente instance s'élevant à 631 F 05 seront supportés par le Dr \_\_\_\_\_ et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, au Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d \_\_\_\_\_, au Médecin-Conseil Chef près de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d \_\_\_\_\_ à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental d \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d \_\_\_\_\_ au Chef du Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 13 novembre 1986, par : M FOUGERE, Conseiller d'Etat honoraire, Président ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, et M le Dr JUNG, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°12**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur les conclusions tendant à ce que la Section reporte à une date ultérieure le prononcé de sa décision :

Considérant que le Dr demande, dans des observations qu'il a produites seulement le 14 février 1986, malgré les rappels qui lui ont été adressés, que la Section reporte à une date ultérieure le prononcé de sa décision sur l'appel formé par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d ; qu'il justifie cette demande d'une part par la circonstance qu'il a formé un recours en cassation contre la décision susvisée du 6 juin 1985, d'autre part sur des motifs d'opportunité ;

Considérant, en premier lieu, que, sous réserve des dispositions de l'article 16 de la loi du 4 août 1981 portant amnistie, lesquelles sont sans application dans la présente espèce, dès lors que les faits reprochés par la Caisse plaignante au Dr sont postérieurs au 3 septembre 1981, le recours en Conseil d'Etat contre une décision de la Section des Assurances Sociales du Conseil National n'a aucun caractère suspensif sauf lorsque le Conseil d'Etat, saisi de conclusions à fins de sursis, a décidé qu'il serait sursis à l'exécution de la décision attaquée ; que tel n'est pas le cas en l'espèce ; que, dès lors, le recours en Conseil d'Etat formé par le Dr contre la décision du 6 juin 1985 ne saurait avoir pour effet de priver la Section de la possibilité de se prononcer au fond sur les faits articulés par la Caisse dans sa plainte et qui ont justifié l'appel dont la Section est saisie :

Considérant, en second lieu, que, dans sa décision du 6 juin 1985, la Section a pris position sur les questions relatives à la recevabilité de la plainte et à la recevabilité de l'appel ; qu'elle a également pris parti sur le point de savoir si la plainte, eu égard aux documents sur lesquels elle s'appuie, mettait la Section en état de se prononcer valablement ; que la décision du 6 juin 1985, qui a été notifiée au Dr le 29 juillet 1985, a, en revanche, estimé qu'il y avait lieu de donner à celui-ci la possibilité de répondre aux griefs articulés par la Caisse en prenant connaissance de toutes les pièces produites ; que le Dr a disposé d'un délai de plus de six mois pour présenter ses observations ; que, dès lors, l'affaire est en état ; que la Section trouve dans le dossier des éléments d'appréciation suffisants pour se prononcer ; que, par suite, il n'y a pas lieu de reporter l'examen de l'affaire à une date ultérieure ;

Sur le bien fondé de la plainte :

Considérant qu'aux termes de l'article L 258 du Code de la Sécurité Sociale, dans la rédaction applicable à l'époque des faits : "*Les médecins sont tenus, dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement*"; qu'aux termes de l'article L 283 du même code, dans la rédaction applicable aux faits de l'espèce : "*l'assurance maladie comporte : ... b) l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail ...*"; qu'aux termes de l'article L 403 du même code, dans la rédaction applicable en l'espèce : "*Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins... à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section du Conseil Régional de discipline des médecins... et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des médecins...*"; qu'aux termes de l'article 9 du Code de la Déontologie médicale : "*Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins, et sans négliger son devoir d'assistance morale, il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire.*"; qu'aux termes de l'article 24 du même code : "*Sont interdits : - tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite ; ...*"; qu'aux termes de l'article 48 du même code : "*Le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels sont états lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive...*";

Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment des pièces produites par la Caisse à l'appui de sa plainte en première instance et du dossier qu'elle a joint à son appel que le Dr [redacted], au cours de la période comprise entre le 19 octobre 1981 et le 18 novembre 1982, prescrit des arrêts de travail à des patients auxquels il a dispensé des soins dans des conditions qui relèvent un abus ; qu'il a, notamment, soit accordé de courts arrêts de travail à des malades pour lesquels il n'avait constaté que des affections bénignes ne justifiant pas un maintien à domicile, soit prescrit des arrêts de travail d'une durée excessive par rapport au diagnostic qu'il avait établi et à la situation réelle du patient ; que ces faits ressortent non seulement des tableaux statistiques comparatifs établis par la Caisse et produits par celle-ci mais également des contrôles qui ont été opérés par le service médical de la Caisse ; que les dossiers joints par la Caisse à ses productions sont, en effet, contrairement à ce que soutient le Dr [redacted], suffisamment précis et que notamment les faits allégués se trouvent corroborés par les cas Bernard CHA..., Marcel B..., Kheira DEB..., Lahcen CHAJ... ; que l'abus ressort également du fait que, dans les nombreux dossiers que le contrôle médical a simplement regardé comme douteux, les arrêts de travail ne reposaient que sur la constatation d'un état pathologique n'appelant pas en principe de repos pour plusieurs jours ; que le Dr MALINGE ne saurait valablement se retrancher derrière le fait que "pour les maladies ordinaires... (il) ne tient pas de fichier médical" ;

Considérant que, compte tenu de l'ensemble des circonstances de l'espèce et eu égard au fait que le Dr [redacted] avait été mis en garde à plusieurs reprises contre le laxisme dont il faisait preuve en matière d'arrêts de travail, il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de lui infliger la sanction de l'interdiction de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : La sanction de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois est infligée au Dr

Article 2 : La décision susvisée de la Section des Assurances Sociales du Conseil Régional des Pays de la Loire, en date du 30 mai 1984, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 3 : La présente décision prendra effet à compter du 1er juin 1986.

Article 4 : Les frais de première instance, soit 310,-F, et les frais de la présente instance, liquidés à 636,-F, sont mis à la charge du Dr et devront être réglés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Angers, au Dr , à la Section des Assurances Sociales du Conseil Régional des , au Conseil Départemental d , au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d , au Chef du service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles , au Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 20 février 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; MM les Drs CLOSIER et KLEPPING, membres titulaires, désignés par la Section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins; M le Dr PORCHER et Mle MEQUIGNON, membres suppléants, désignés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°13**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur les conclusions du Dr \_\_\_\_\_ tendant à l'annulation de la décision du Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ qui a supprimé, pour ses patients, la procédure de dispense d'avance des frais :

Considérant que les juridictions instituées par l'article L 403 du Code de la Sécurité Sociale, dont les dispositions ont été reportées à l'article L 145-1 du nouveau Code de la Sécurité Sociale, ont été créées pour sanctionner, en prononçant l'une ou l'autre des peines prévues à l'article L 406 du même code, "les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux" ; que ces juridictions n'ont pas compétence pour connaître des recours dirigés contre les mesures prises par les Caisses de Sécurité Sociale ; qu'il suit de là que les conclusions susmentionnées, présentées d'ailleurs pour la première fois en cause d'appel, doivent être rejetées comme irrecevables ;

Sur l'article 2 de la décision attaquée :

Considérant qu'aux termes de l'article 27 du décret susvisé du 7 janvier 1966 : "Lorsque les décisions des sections des Assurances Sociales doivent faire l'objet d'une publication dans les cas prévus au dernier alinéa de l'article L 406 du Code de la Sécurité Sociale... celle-ci est effectuée par les soins des Caisses d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés..." ; que le dernier alinéa de l'article L 406 du Code de la Sécurité Sociale, dont les dispositions ont été reportées à l'article L 145-2 du nouveau code de la Sécurité Sociale, vise les décisions prévues au premier alinéa, 3°, du même article, soit les interdictions temporaire ou permanente de donner des soins aux assurés sociaux ; qu'il suit de là qu'il appartient aux caisses et non par aux sections des Assurances Sociales, lorsque ces sections ont prononcé une interdiction de donner des soins aux assurés sociaux, de fixer les modalités de publication de ces décisions ;

Considérant que l'article 2 de la décision attaquée dispose : "La présente décision sera affichée dans les locaux de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_ et dans ses différents centres de paiement pendant la durée de son exécution et fera l'objet d'une seule insertion dans deux journaux locaux" ; qu'en fixant ainsi les modalités de publication de la décision d'interdiction prononcée contre le Dr \_\_\_\_\_, la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_ a excédé sa compétence, entachant sa décision d'un vice qu'il appartient aux juges d'appel de relever d'office ; que sa décision doit, par suite, être annulée sur ce point ;

Sur les conclusions du Dr \_\_\_\_\_ tendant à l'annulation de la peine prononcée contre lui et au rejet de la plainte de la caisse :

Considérant que la preuve n'est pas rapportée que le Dr \_\_\_\_\_ ait délivré des feuilles de soins pour des actes non susceptibles d'être pris en charge par la Sécurité Sociale sans préciser cette circonstance sur ces feuilles ni qu'il ait coté de manière abusive des actes médicaux exécutés par lui ;

Mais considérant qu'il est établi, et reconnu d'ailleurs par le requérant, qu'il n'a pas tenu régulièrement le cahier des comptes-rendus opératoires de ses interventions chirurgicales et que, sans excuse valable, il n'a pas présenté ces comptes-rendus en temps utile ; qu'il résulte, d'autre part, des pièces du dossier, notamment d'une attestation de M Pierre C..., sont client, et de la lettre qu'il a écrite à ce dernier pour lui réclamer le paiement de son "intervention", que le requérant a réclamé à ce client des honoraires abusifs pour une intervention réalisée à l'hôpital public ; qu'enfin, il a demandé à plusieurs patientes et s'est fait verser par elles des honoraires calculés compte tenu d'un DE en raison d'exigences particulières que ces patientes auraient exprimées, alors qu'il ressort des déclarations de ces patientes et des indications fournies par le Dr \_\_\_\_\_ lui-même que les circonstances dans lesquelles il a opéré, dans certains cas (agressivité d'une patiente, demandes de résultats particuliers pour des actes de chirurgie plastique), ne sauraient être regardées comme constitutives d'exigences particulières justifiant un DE ; qu'il suit de là que le Dr \_\_\_\_\_ a commis des fautes et abus, en raison desquels les premiers juges lui ont interdit à bon droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant un mois ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : L'article 2 de la décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins d \_\_\_\_\_ est annulé.

Article 2 : La requête du Dr \_\_\_\_\_ est rejetée.

Article 3 : L'interdiction du droit de donner des soins aux Assurés Sociaux pendant un mois, prononcée par la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_, prendra effet à compter du 1er juillet 1987 inclus.

Article 4 : Les frais de la présente instance s'élevant à 485 F 80 seront supporté par le Dr \_\_\_\_\_ et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 5 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, au Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d \_\_\_\_\_, au Médecin-Conseil Chef du service médical d \_\_\_\_\_ à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental d \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d \_\_\_\_\_, au Chef du service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 19 février 1987, par : M FOUGERE, Conseiller d'Etat honoraire, président ; M le Dr CLOSIER, membre titulaire, et M le Dr CASTEL, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°14**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la sanction :

Considérant qu'aux termes de l'article 9 du Code de la Déontologie médicale : "... Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins, et sans négliger son devoir d'assistance morale, (le médecin) doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaires";

Considérant que, s'il est établi par les pièces du dossier que, pour les quatre assurés dont les cas sont signalés par la Caisse à l'appui de sa plainte, le Dr [redacted] a effectué du 6 septembre 1982 au 6 janvier 1983 un très grand nombre de visites à domicile dont la justification médicale n'est contestée par la Caisse que partiellement, les explications fournies par le Dr [redacted] sur les cas dont il s'agit, et qui font ressortir que les intéressés étaient atteints de troubles graves justifiant une surveillance médicale fréquente et rendant difficile le déplacement au cabinet du praticien, ne permettent pas de tenir pour établi que le Dr [redacted] ait, de manière systématique, multiplié sans justification des actes médicaux ; qu'en tout état de cause, le dossier établi par la caisse ne justifie pas, en l'absence de cas précis autres que ceux dont elle fait état, d'infliger au Dr [redacted] une sanction plus sévère que celle prononcée par la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d [redacted] et dont il n'a pas fait appel ;

Sur le remboursement demandé par la caisse :

Considérant qu'aux termes de l'article L 145-2 du Code de la Sécurité Sociale lequel reprend les dispositions de l'article L 406 : "Les sanctions susceptibles d'être prononcées par le Conseil Régional ou par la section spéciale des Assurances Sociales du Conseil National de l'Ordre des Médecins ou des chirurgiens-dentistes sont : 1°) l'avertissement... Dans le cas d'abus d'honoraires, le Conseil Régional et la section spéciale peuvent également prononcer le remboursement à l'assuré du trop-perçu, même s'ils ne prononcent aucune des sanctions ci-dessus prévues" ;

Considérant que la caisse appelante demande à la section d'ordonner le remboursement à son profit des honoraires perçus à tort ;

Considérant que les dispositions précitées du Code de la Sécurité Sociale ne permettent pas à la section et ne permettraient pas davantage à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de donner suite aux conclusions formulées sur ce point par la caisse ; qu'aucune autre disposition du Code de la Sécurité Sociale ne donne compétence aux juridictions instituées par l'article L 145-1 pour donner suite à ces conclusions ; que, par suite, celles-ci ne peuvent qu'être rejetées ;

Considérant qu'aux termes de l'article R 145-28 du Code de la Sécurité Sociale : "Il appartient aux sections des Assurances Sociales des Conseils Régionaux, du Conseil Central de la section D de l'ordre des pharmaciens et des Conseils Nationaux de fixer la répartition des frais entre les parties" ;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, de mettre les frais de la présente instance à la charge de la caisse ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La requête de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie est rejetée.

Article 2 : Les frais de la présente instance s'élevant à 629,05 F seront supportés par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 3 : La présente décision sera notifiée à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie , au Dr , à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional d , au Conseil Départemental d , au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d , au Chef du Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles d , au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 17 décembre 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, et M le Dr JUNG, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°15**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur le remboursement de la somme de 696,73 F au profit de la caisse :

Considérant que, dans le dernier état de ses conclusions le Dr \_\_\_\_\_ déclare accepter de rembourser à la Caisse Primaire de \_\_\_\_\_ la somme de 696,73 F que la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ l'a condamné à verser en application des dispositions de l'article L 145-3 du Code de la Sécurité Sociale ; que, dans ces conditions, il y a lieu de prendre note que le Dr \_\_\_\_\_ ne conteste plus la décision de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional sur ce point ;

Sur la sanction de l'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux :

Considérant qu'il résulte de l'instruction, et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté par le requérant, que le Dr \_\_\_\_\_ a donné des soins à divers assurés sociaux entre le 12 septembre 1983 et le 4 avril 1984 alors qu'il faisait l'objet d'une sanction de suspension du droit d'exercer la médecine pendant dix-huit mois prononcée par décision de la section disciplinaire du Conseil National en date du 15 septembre 1982 ;

Considérant qu'en se refusant de manière délibérée et répétée à exécuter une décision disciplinaire, le Dr \_\_\_\_\_ a commis une faute très grave de nature à justifier une sanction ; que, en lui infligeant, pour les faits dont il s'agit, la sanction de l'interdiction permanente de donner des soins aux assurés sociaux, la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_ a fait une juste appréciation de la gravité de la faute commise par le Dr \_\_\_\_\_ ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La requête du Dr \_\_\_\_\_ est rejetée.

Article 2 : La sanction de l'interdiction permanente de donner des soins aux assurés sociaux prononcée par la section des Assurances Sociales de Conseil Régional de \_\_\_\_\_ le 18 février 1986 prendra effet à compter du 1er juin 1987 inclus.

Article 3 : Les frais de la présente instance s'élevant à 614,10 F seront supportés par le Dr \_\_\_\_\_ et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, au Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_, à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_, au Chef du Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 18 février 1987, par : M FOUGERE, Conseil d'Etat honoraire, Président ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, et M le Dr JUNG, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°16**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur le grief tiré de ce que le Dr \_\_\_\_\_ n'appliquait pas la réduction de ses honoraires pour les soins dispensés à des victimes d'accident du travail :

Considérant qu'aux termes de l'article L 437 du Code de la Sécurité Sociale dont les dispositions ont été reprises à l'article L 432-3 du nouveau Code de la Sécurité Sociale : "Les tarifs des honoraires et frais accessoires dus par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie aux praticiens et auxiliaires médicaux, à l'occasion des soins de toute nature, le tarif des médicaments, frais d'analyses, d'examens de laboratoire et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments, concernant les bénéficiaires du présent livre (accidents du travail et maladies professionnelles) sont les tarifs en matière d'Assurance Maladie, sous réserve des dispositions spéciales fixées par arrêté concerté du Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale, du Ministre de la Santé Publique et du Ministre de l'Economie Nationale..." ; qu'aux termes de l'article 2 de l'arrêté interministériel du 5 février 1947 pris sur le fondement de l'article L 437 précité, arrêté qui n'a été abrogé que par l'arrêté du 13 novembre 1986 postérieurement aux faits qui sont reprochés au Dr \_\_\_\_\_ : "En ce qui concerne la consultation ou la visite, une réduction de 20 % est opérée sur les tarifs, sauf dans les cas suivants : a) maladies professionnelles ; b) consultation donnée dans un établissement hospitalier public ; c) consultation donnée dans un dispensaire... ;

Considérant qu'il est constant que le Dr \_\_\_\_\_ au cours de l'année 1984, a négligé de manière systématique de pratiquer lui-même sur le montant des honoraires applicables pour des soins dispensés à des victimes d'accident du travail l'abattement prévu par les dispositions précitées ; que toutefois, s'agissant d'honoraires qui sont réglés directement par la caisse au praticien après que l'abattement réglementaire a été effectué par la caisse, la faute commise par le Dr \_\_\_\_\_ sur ce point constitue tout au plus une négligence administrative qui ne peut être regardée comme grave dès lors qu'elle est dépourvue de tout effet à l'égard du malade et du praticien lui-même ;

Sur le grief tiré du défaut d'entente préalable :

Considérant qu'il est constant que, dans le cas n° 4 relevé par la caisse, le Dr \_\_\_\_\_ a négligé de remettre au malade la formule d'entente préalable qui était nécessaire, s'agissant d'un acte soumis à cette formalité ; que, toutefois, sa négligence sur ce point paraît avoir revêtu un caractère isolé et ne peut être regardé comme grave ;

Sur le grief tiré de l'abus de la cotation "K 10" :

Considérant, d'une part, qu'aux termes du titre XV, chapitre I - "Actes d'urgence" de la nomenclature générale des actes professionnels : "La cotation "K 10" est réservée aux soins définis comme suit : 1°) Cas de détresse cardio-respiratoire : oedème aigu du poumon, infarctus du myocarde, états asphyxiques aigus, hémorragie aiguë (lorsqu'elle peut entraîner un risque vital pour le malade) ; 2°) Etats aigus d'agitation ; 3°) Etat de mal comitial prolongé ; 4°) Soins d'urgence aux polytraumatisés sur le lieu de l'accident." ;

Considérant, d'autre part, qu'aux termes de l'article 8 de la nomenclature générale des actes professionnels : "B) Acte isolé : 1°) Les coefficients inférieurs à 15 ne sont pas fixés à l'acte global et correspondent à des actes isolés. De ce fait, les actes (pansements, par exemple) consécutifs à des interventions d'un coefficient inférieur à 15 sont cotés à part. Le médecin ne doit noter une consultation ou une visite que lorsque les séances de soins consécutives à l'intervention s'accompagnent d'un examen du malade..." ;

Considérant qu'il ressort de l'examen du dossier n° 4, joint par le contrôle médical à sa plainte, que le Dr \_\_\_\_\_ a utilisé de manière systématique le coefficient "K 10" à l'occasion de soins dispensés à un même assuré ; qu'il ressort des pièces du dossier, compte tenu des explications fournies par le Dr \_\_\_\_\_, que les soins qu'il a dispensés aux patients entre le 21 octobre 1983 et le 28 décembre 1983 ne correspondent pas aux actes d'urgences définis aux dispositions ci-dessus du titre XV ; que, même en admettant que le Dr \_\_\_\_\_ ait pu commettre une erreur lors des premiers soins, son attitude n'est pas excusable du fait de la répétition systématique d'une cotation réservée à des soins définis de manière très précise par les dispositions ci-dessus rappelées ; qu'il ressort, en outre, de l'examen du dossier n° 4 que le Dr \_\_\_\_\_ a systématiquement coté une consultation et un acte de chirurgie ou de spécialité pratiqué par le médecin en méconnaissant les règles fixées à l'article 8 précité ; qu'il suit de là que le Dr \_\_\_\_\_ a commis de manière systématique un abus de cotation sans que puissent être admises les explications qu'il donne selon lesquelles il aurait pu prétendre à une cotation d'un montant équivalent par une autre présentation de ses interventions ;

Sur le grief tiré de la méconnaissance des dispositions de l'article 8 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels relatif à l'acte global :

Considérant qu'aux termes de l'article 8 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels : "A) Acte global : Les coefficients égaux ou supérieurs à 15 sont fixés à l'acte global, de ce fait ils comportent en sus de la valeur de l'acte : \_\_\_\_\_ en cas d'intervention sans hospitalisation, des soins postopératoires pendant une période de dix jours ..." ;

Considérant que les faits reprochés sont décrits aux dossiers n° 2, 8, 9 et 12 joints par le contrôle médical à sa plainte ;

Considérant qu'il ressort de l'examen des pièces du dossier que, comme d'ailleurs le Dr \_\_\_\_\_ ne le conteste pas, celui-ci a, à l'occasion de soins dispensés aux assurés dont il s'agit, méconnu la règle de cotation ci-dessus rappelée ; que, s'agissant du dossier n°2, assuré Patrick M... , s'il s'est efforcé de donner des explications sur la technique médicale qu'il a utilisée pour réduire une luxation du poignet chez un boxeur professionnel, lesdites explications ne peuvent, sur le plan médical, être tenues pour valables ;

Considérant que, pour l'ensemble des faits susceptibles d'être retenus à l'encontre du Dr \_\_\_\_\_, la section trouve dans le dossier de première instance et d'appel tous les éléments nécessaires pour se prononcer en connaissance de cause sans qu'il y ait lieu d'ordonner un supplément d'instruction ou de convoquer les patients pour une audition ;

Considérant que, compte tenu des fautes commises par le Dr \_\_\_\_\_ en matière de cotation, il sera fait une juste appréciation de l'ensemble des circonstances de l'espèce en réduisant à un mois la durée de l'interdiction prononcée par la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de \_\_\_\_\_ dans sa décision du 18 septembre 1985 ;

PAR CES MOTIFS,

DECIDE :

Article 1er : La durée de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux prononcée à l'article 1er de la décision de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, en date du 18 septembre 1985, est réduite à un mois.

Article 2 : L'interdiction mentionnée à l'article 1er ci-dessus prendra effet à compter du 1er juin 1987 inclus.

Article 3 : La décision de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, en date du 18 septembre 1985, est réformée en ce qu'elle a de contraire à la présente décision.

Article 4 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, au Médecin-Conseil auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de \_\_\_\_\_, à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins de \_\_\_\_\_ au Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de \_\_\_\_\_ au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_, au Chef Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_, au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 18 février 1987, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; M le Dr KLEPPING, membre titulaire, et M le Dr JUNG, membre suppléant, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins ; M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, nommés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.

**DECISION N°17**

APRES EN AVOIR DELIBERE,

Sur la régularité en la forme de la décision attaquée :

Considérant que, pour fonder sa décision, la section des Assurances Sociales du Conseil Régional s'est fondée sur ce qui existait une présomption d'abus de prescription découlant du tableau d'activité établi par la caisse et joint à celle-ci à sa plainte ; qu'aucune disposition législative n'établit une présomption de culpabilité à partir de documents statistiques révélateurs de l'activité d'un médecin ; qu'il appartient, en tout état de cause, à l'auteur d'une plainte, fondée sur un abus à l'occasion de soins dispensés à des assurés sociaux, d'établir les faits qui justifient la plainte, ou, à tout le moins, de présenter un ensemble d'éléments concordants au vu desquels le juge, saisi de la plainte, s'il y a lieu après des mesures d'instruction complémentaire, forgera son opinion sur la matérialité des faits et sur leur caractère de faute de nature à justifier une sanction ; que du fait du renversement de la charge de la preuve sur laquelle la section s'est fondée, sans aucune base légale, la section s'est abstenue d'examiner de manière suffisamment motivée les questions de fait qui lui étaient soumises ; que, par suite, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres moyens soulevés par le Dr [redacted] en ce qui concerne la régularité en la forme de la décision attaquée, celle-ci est entachée d'une insuffisance de motivation conduisant à en prononcer l'annulation ;

Considérant qu'il y a lieu d'évoquer pour statuer sur les plaintes dont était saisie la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de [redacted] ;

Considérant, en premier lieu, qu'il ressort des pièces du dossier de première instance que la juridiction se trouvait saisie, d'une part, d'une plainte de la CPAM d [redacted], enregistrée au secrétariat du Conseil Régional le 29 septembre 1983 et fondée sur ce que le Dr [redacted] aurait commis des abus en matière de prescriptions d'arrêts de travail, entre le 1er juin 1982 et le 30 novembre 1982 et entre le 1er janvier 1983 et le 30 mai 1983, d'autre part, d'une plainte enregistrée au secrétariat du Conseil Régional le 12 mars 1984 et fondée sur ce que le Dr [redacted] a délivré le 22 juin 1983 une ordonnance concernant Mme D... , alors que celle-ci n'avait pu être examinée du fait qu'elle se trouvait, à la même date, au SENEGAL ;

Sur les griefs formulés dans la plainte du 29 septembre 1983 :

Considérant qu'aux termes de l'article 9 du Code de déontologie médicale : "Le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins, et sans négliger son devoir d'assistance morale, il doit limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire" ; qu'aux termes de l'article 24 du même code : "Sont interdits : - Tout acte de nature à procurer à un malade un avantage matériel injustifié ou illicite..." ; qu'aux termes de l'article 48 du même code : "Le médecin doit s'efforcer de faciliter l'obtention par son malade des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit, sans céder à aucune demande abusive. Toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des honoraires perçus et des actes effectués sont interdits" ;

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier jointes par la caisse à l'appui de sa plainte que le Dr a, à plusieurs reprises, accordé des arrêts de travail ou des prolongations d'arrêts de travail qui n'étaient pas médicalement justifiés ; que ces faits ressortent notamment des pièces figurant sous la cote 22 du dossier de première instance (M B...), sous la cote 23 du même dossier (M K...), sous la cote 24 du même dossier (M O...), sous la cote 25 (M Z...), sous la cote 26 (M T...), sous la cote 27 (M A...), que l'attitude du Dr à l'occasion de ces cas particuliers, ne peut être regardée comme le fait d'une simple erreur d'appréciation de sa part, eu égard à la difficulté médicale du cas qui lui était soumis, mais, dans les circonstances de l'espèce, doit être regardée dans le contexte qui, en l'état des informations générales données par la caisse à l'appui de sa plainte, font ressortir que le Dr, même en tenant compte de la composition particulière de sa clientèle, a une attitude laxiste en matière d'arrêts de travail ou de prolongation d'arrêts de travail, attitude qui est normalement révélée par le fait que les justifications qu'il donne à certaines de ses décisions ne peuvent être tenues pour exactes alors que les symptômes qu'il décrit et le diagnostic dont il se prévaut auraient justifiés de sa part des examens complémentaires auxquels il n'a pas procédé ; que les faits ainsi allégués par la Caisse doivent être regardés comme établis ; que, dans les circonstances de l'espèce, il sera fait une juste appréciation de la gravité de la faute commise par le Dr en lui infligeant la sanction du blâme avec une publication de la sanction pendant deux mois ;

Sur la plainte du 12 mars 1984 :

Considérant que, compte tenu des explications données par le Dr sur les homonymies fréquentes en ce qui concerne la clientèle originaire du SENEGAL, il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce, et au bénéfice du doute, d'écarter le grief formulé par la caisse selon lequel le Dr aurait délivré une prescription médicale sans avoir examiné le patient ;

PAR CES MOTIFS,

D E C I D E :

Article 1er : La décision susvisée de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de est annulée.

Article 2 : La sanction du blâme avec publication est infligée au Dr

Article 3 : La présente décision sera publiée, par les soins de la CPAM d, sous la forme d'un affichage du texte intégral, dans les locaux ouverts au public de cette caisse, pendant la période comprise entre le 1er septembre 1986 et le 31 octobre 1986.

Article 4 : La plainte de la CPAM d, enregistrée à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de le 12 mars 1984, est rejetée.

Article 5 : Les frais de la présente instance s'élevant à 464 F 55 sont mis à la charge du Dr \_\_\_\_\_ et devront être versés dans le délai d'un mois à compter de la notification de la présente décision.

Article 6 : La présente décision sera notifiée au Dr \_\_\_\_\_, à la CPAM de \_\_\_\_\_, à la section des Assurances Sociales du Conseil Régional de \_\_\_\_\_, au Conseil Départemental de \_\_\_\_\_, au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales de \_\_\_\_\_, au Chef du Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricoles de \_\_\_\_\_ au Ministre des Affaires Sociales et de l'Emploi, au Ministre chargé de la Santé et de la Famille et au Ministre de l'Agriculture.

Ainsi fait et jugé, en audience non publique, le 21 mai 1986, par : M DUCAMIN, Conseiller d'Etat, Président ; MM les Drs CLOSIER et KLEPPING, membres titulaires, désignés par la section disciplinaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins, M le Dr PORCHER et Mme THIRET, membres suppléants, désignés par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale.