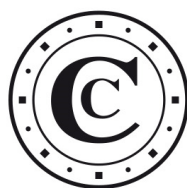


Cour des comptes



L'ORDRE DES MÉDECINS

Rapport public thématique

Décembre 2019

Sommaire

Procédures et méthodes	5
Délibéré	11
Synthèse	13
Récapitulatif des recommandations	25
Introduction	27
Chapitre I De sérieuses défaillances de gestion	29
I - Une organisation peu propice au changement	29
A - Une modernisation trop lente	29
B - Des fonctions bénévoles généralement indemnisées	35
C - Un ordre qui empiète sur le champ syndical	42
II - Des comptes souvent incomplets et insincères	45
A - Des ressources incomplètement retracées	45
B - Un patrimoine mal comptabilisé et sous-estimé	50
C - De sérieux manquements dans la tenue des comptes locaux	53
III - Une gestion dispendieuse	59
A - Des dépenses mal contrôlées, parfois irrégulières	59
B - Des politiques d'achat et de gestion immobilière peu rigoureuses	64
C - Une gestion des ressources humaines peu encadrée	72
Chapitre II Des missions administratives et juridictionnelles mal assurées	79
I - Un contrôle insuffisant de l'exercice de la profession et de la déontologie	80
A - Une absence de contrôle de l'actualisation des compétences des médecins	81
B - Un bilan en demi-teinte du contrôle de l'insuffisance professionnelle des médecins	82
C - Un contrôle hétérogène des contrats entre médecins et avec l'industrie	89
D - Une faible implication de l'ordre des médecins dans l'accès aux soins	95

II - Un manque chronique de rigueur dans le traitement des plaintes	98
A - Une majorité de signalements non soumis à conciliation	99
B - Des absences de poursuites disciplinaires qui suscitent des interrogations.....	104
C - Le traitement des plaintes pour des faits à caractère sexuel.....	105
III - Une justice disciplinaire marquée par de nombreuses insuffisances.....	108
A - Une professionnalisation de la justice disciplinaire à achever.....	109
B - Des conditions d'indépendance et d'impartialité des juridictions imparfaitement remplies	113
C - Des évolutions procédurales nécessaires	118
IV - Une transformation à opérer.....	124
A - Une nécessaire recentralisation au niveau national des responsabilités stratégiques	125
B - L'ouverture de la gouvernance aux non médecins.....	126
Conclusion générale	131
Liste des abréviations	133
Réponses des administrations et des organismes concernés.....	135

Procédures et méthodes

En application de l'article L. 143-6 du code des juridictions financières, la Cour des comptes publie chaque année un rapport public annuel et des rapports publics thématiques.

La compétence de la Cour pour contrôler les comptes et la gestion de l'ordre national des médecins repose sur les dispositions de l'article L. 111-7 du code des juridictions financières, qui l'autorise notamment à exercer un contrôle sur les organismes habilités à recevoir des cotisations légalement obligatoires. Le Procureur général de la Cour a rendu un avis de compétence sur ce contrôle le 6 avril 2018.

*

Aux termes de l'article L. 120-1 du code des juridictions financières, les membres de la Cour des comptes ont la qualité de magistrats.

La Cour des comptes est en outre habilitée, sur le fondement de l'article L. 141-5 dudit code, à accéder à tous documents, données et traitements, de quelque nature que ce soit, relatifs à la gestion des services et organismes soumis à son contrôle ou nécessaires à l'exercice de ses attributions, et à se les faire communiquer.

Enfin, aux termes de l'article L. 141-7 du code des juridictions financières, les membres et personnels de la Cour des comptes peuvent demander aux autorités administratives indépendantes et aux autorités de contrôle et de régulation tous renseignements utiles à l'exercice de leurs attributions, sans qu'un secret protégé par la loi puisse leur être opposé.

Trois principes fondamentaux gouvernent l'organisation et l'activité de la Cour, et donc aussi bien l'exécution de ses contrôles et enquêtes que l'élaboration des rapports publics : l'indépendance, la contradiction et la collégialité.

L'**indépendance** institutionnelle des juridictions financières et statutaire de leurs membres garantit que les contrôles effectués et les conclusions tirées le sont en toute liberté d'appréciation.

La **contradiction** implique que toutes les constatations et appréciations ressortant d'un contrôle ou d'une enquête, de même que toutes les observations et recommandations formulées ensuite, sont systématiquement soumises aux responsables des administrations ou organismes concernés ; elles ne peuvent être rendues définitives qu'après prise en compte des réponses reçues et, s'il y a lieu, après audition des responsables concernés.

La publication d'un rapport public est nécessairement précédée par la communication du projet de texte que la Cour se propose de publier aux ministres et aux responsables des organismes concernés, ainsi qu'aux autres personnes morales ou physiques directement intéressées. Dans le rapport publié, leurs réponses accompagnent toujours le texte de la Cour.

La **collégialité** intervient pour conclure les principales étapes des procédures de contrôle et de publication.

Tout contrôle ou enquête est confié à un ou plusieurs rapporteurs. Leur rapport d'instruction, comme leurs projets ultérieurs d'observations et de recommandations, provisoires et définitives, sont examinés et délibérés de façon collégiale, par une chambre ou une autre formation comprenant au moins trois magistrats. L'un des magistrats assure le rôle de contre-rapporteur et veille à la qualité des contrôles. Il en va de même pour les projets de rapports publics.

*

La Cour a compétence sur les organismes habilités à recevoir des impositions de toute nature et des cotisations légalement obligatoires, de même que sur les organismes habilités à recevoir des versements libératoires d'une obligation légale de faire¹. Elle est donc fondée à contrôler l'ordre des médecins, organisme de droit privé chargé d'une mission de service public dont les cotisations sont obligatoires.

L'instruction de ce contrôle, qui a mobilisé sept personnes, s'est déroulée entre avril 2018 et janvier 2019. Le contrôle a porté sur les exercices 2011 à 2017 inclus. Les observations de la Cour ont été actualisées en tant que de besoin et certains faits plus anciens générateurs de désordres constatés sur la période contrôlée sont évoqués.

Le présent rapport résulte des constats effectués lors du contrôle du Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) et d'un échantillon significatif de conseils locaux.

21 conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) ont fait l'objet d'un contrôle sur place² entre mai et novembre 2018, 8 ont fait

¹ Article L. 133-4 du code des juridictions financières.

² Ont fait l'objet d'un contrôle sur place les conseils départementaux de Paris, Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine, Mayenne, Indre, Yonne, Bouches-du-Rhône, Alpes-Maritimes, Var, Nord, Rhône, Gironde, Haute-Garonne, Ille-et-Vilaine, Loire-Atlantique, Hérault, Nord-Pas-de-Calais, Réunion, Haute Corse, Corse du Sud et Bas-Rhin.

l'objet d'un contrôle approfondi sur pièces³ et 17 autres ont transmis des pièces relatives aux indemnités des élus et aux opérations immobilières, ce qui correspond au total à 46 conseils départementaux.

Les 24 conseils régionaux⁴ de l'ordre des médecins (CROM) ont transmis des éléments relatifs aux indemnités versées aux élus. A 14 d'entre eux a été adressé un questionnaire plus complet. Parmi ces derniers, 9 ont fait l'objet d'un contrôle sur place⁵.

L'examen des missions juridictionnelles a reposé quant à lui sur les pièces recueillies auprès des 24 chambres disciplinaires de première instance, placées auprès des CROM.

Le contrôle a notamment eu pour but d'évaluer la prise en compte, par l'ordre, des recommandations faites par la Cour à la suite de son précédent contrôle de 2011 ainsi que la transposition, au sein de l'ordre, des dispositions issues des ordonnances du 16 février et 27 avril 2017 relatives à l'adaptation des dispositions législatives relatives aux ordres des professions de santé et au fonctionnement des ordres des professions de santé.

Il a été complété par des comparaisons internationales qui ont permis d'approfondir l'analyse de l'organisation des ordres des médecins du Québec, de Belgique et du Royaume-Uni⁶.

Plusieurs dizaines de décisions rendues par les chambres départementales de première instance et par la chambre disciplinaire nationale ont été examinées. Il a en outre été fait usage des dispositions des articles L. 141-9 du code des juridictions financières et L. 83 du livre des procédures fiscales, qui habilite les magistrats financiers à demander la communication des données bancaires et fiscales des personnes liées aux organismes qu'ils contrôlent.

On rappelle que sous réserve du respect des secrets protégés par la loi, la Cour peut rendre publiques toutes les observations définitives qui concluent ses travaux. Leur publication ne préjuge pas des autres suites, non publiées, qu'elle est susceptible de leur réserver, notamment des saisines de la Cour de discipline budgétaire et financière ou des autorités judiciaires.

³ Ont fait l'objet d'un contrôle sur pièces les conseils départementaux de l'Aveyron, du Loir-et-Cher, du Val-de-Marne, d'Indre-et-Loire, de Côte-d'Or, du Loiret, de la Guadeloupe et de la Guyane.

⁴ Ils sont 15 depuis le 1^{er} janvier 2019.

⁵ Ont fait l'objet d'un contrôle sur place les conseils régionaux d'Île-de-France, du Nord-Pas-de-Calais, de Rhône-Alpes, de PACA, de Corse, des Pays-de-la-Loire, de La Réunion, de Midi-Pyrénées et d'Alsace.

⁶ Ce parangonnage a été réalisé à partir d'échanges avec ces ordres, de documents transmis par le CNOM et grâce au conseiller pour les affaires sociales du Québec.

Le rapport d'observations provisoires relatif au contrôle de la gestion et de l'exercice des missions de l'ordre des médecins, délibéré par la Cour des comptes le 22 février 2019 a, dans le cadre d'une procédure de sécurité renforcée, été soumis à la contradiction selon les procédures inscrites au code des juridictions financières. Le Conseil national de l'ordre a adressé en retour une réponse nourrie, dont il a été délibéré le 23 mai 2019, ainsi que des réponses reçues des ministères concernés, du Conseil d'État et de la Caisse nationale d'assurance maladie. Des observations définitives composées de trois cahiers⁷ ont été adressées à l'ordre des médecins en juin 2019. Elles ont contribué à l'élaboration d'un projet de rapport public thématique, délibéré le 12 juin 2019, qui a fait l'objet d'une contradiction avec 40 destinataires dont les CDOM et CROM cités dans le rapport entre le 4 juillet et le 18 septembre. L'analyse de ces réponses a conduit à corriger quelques éléments factuels et à ajuster la rédaction de certaines observations.

Le projet de rapport soumis pour adoption à la chambre du conseil a été préparé, puis délibéré le 20 septembre 2019, par la sixième chambre, présidée par M. Morin, président et composée de M. Selles, conseiller maître, contre-rapporteur, Mmes Saliou, Carrère-Gée, conseillères maîtres, M. Rabaté, conseiller maître, M. de la Guéronnière, conseiller maître, président de section, Mme Bouzanne des Mazery, conseillère maître, M. Appia, conseiller maître, ainsi que, en tant que rapporteuses, Mmes Hamayon, conseillère maître, Assous, conseillère référendaire, Bove, rapporteure extérieure, et Apparitio, vérificatrice des juridictions financières.

Il a été examiné et approuvé, le 1^{er} octobre 2019, par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes, composé de M. Migaud, Premier président, Mme Moati, M. Morin, Mme Pappalardo, rapporteure générale du comité, MM. Andréani et Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, et Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, entendue en ses avis.

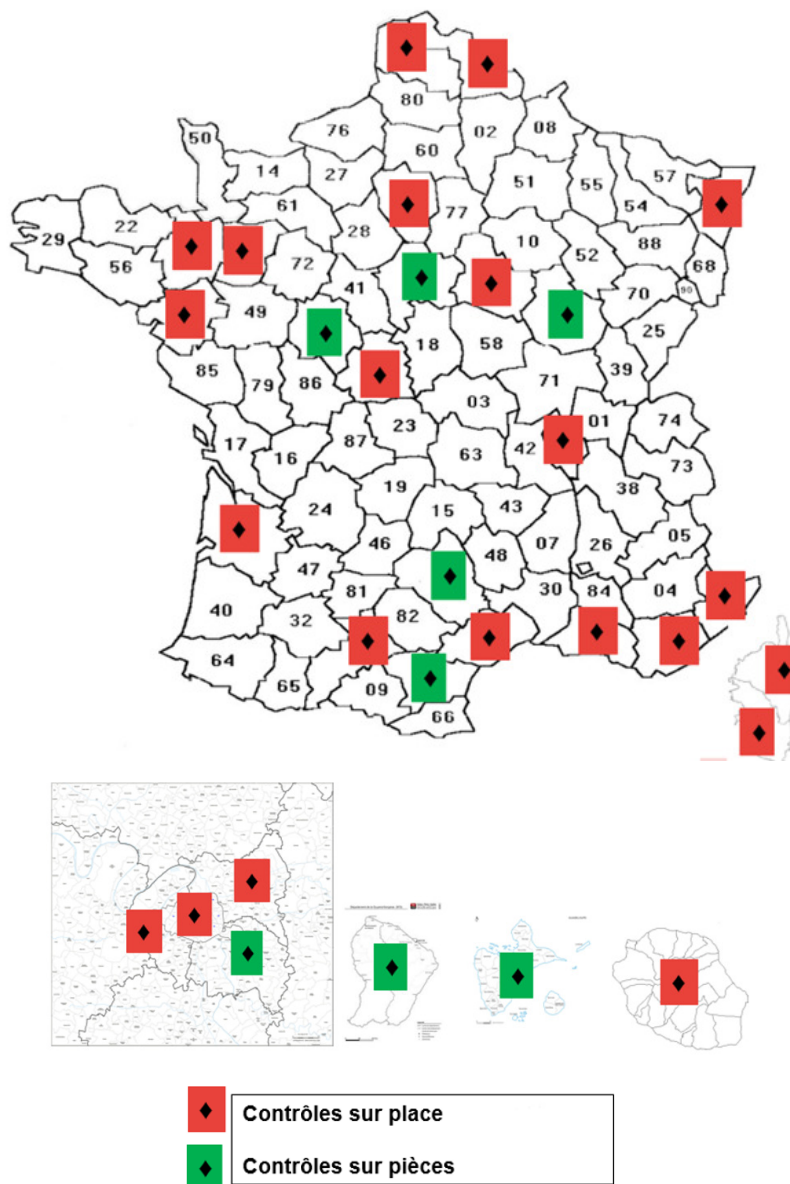
*

Les rapports publics de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

Ils sont diffusés par La Documentation Française.

⁷ Cahier n° 1 et son annexe : présentation générale de l'ordre des médecins ; cahier n° 2 : éclairages sur la situation particulièrement dégradée de certains conseils ; cahier n° 3 : traitement des plaintes et du contentieux disciplinaire.

Carte n° 1 : conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) ayant fait l'objet d'un contrôle approfondi dans le cadre de la présente enquête



Source : Cour des comptes

Délibéré

La Cour des comptes, délibérant en chambre du conseil en formation ordinaire, a adopté le rapport public thématique intitulé *L'ordre des médecins*.

Elle a arrêté ses positions au vu du projet communiqué au préalable aux ministres et organismes concernés et des réponses adressées en retour à la Cour.

Les réponses sont publiées à la suite du rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.

Ont participé au délibéré : M. Migaud, Premier président, Mme Moati, MM. Morin, Andréani, Terrien, Mme Podeur, M. Charpy, présidents de chambre, M. Briet, Mme Ratte, présidents de chambre maintenus, MM. Racine, Cazala, Barbé, Lefebvre, Ténier, Lair, Mme Monique Saliou, MM. Guédon, Zerah, Guérault, Feller, Le Mer, Glimet, Perrin, Albertini, Mmes Bouzanne des Mazery, Soussia, MM. Basset, Fulachier, De Combles de Nayves, Giannesini, Bouvard, Montarnal, Mme Mercereau, conseillers maîtres.

Ont été entendus :

- en sa présentation, M. Morin, président de la chambre chargée des travaux sur lesquels les opinions de la Cour sont fondées et de la préparation du rapport ;
- en son rapport, Mme Pappalardo, rapporteure générale, rapporteure du projet devant la chambre du conseil, assistée de Mme Hamayon, conseillère maître, M. de la Guéronnière, conseiller maître, Mme Assous, conseillère référendaire, Mme Apparitio, vérificatrice, rapporteurs devant la chambre chargée de le préparer, et de M. Selles, conseiller maître, contre-rapporteur devant cette même chambre ;
- en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, Mme Hirsch de Kersauson, Procureure générale, accompagnée de Mme Camby, Première avocate générale et de Mme Le Sueur, substitut général.

M. Lefort, secrétaire général, assurait le secrétariat de la chambre du conseil.

Fait à la Cour, le 3 décembre 2019.

Synthèse

L'ordre des médecins est un organisme privé chargé d'une mission de service public. Il a été créé en 1945 par une ordonnance qui, rompant avec l'organisation de la profession médicale mise en place par le régime de Vichy, a posé le principe selon lequel il revient aux syndicats de défendre les intérêts professionnels et à l'ordre d'assurer la discipline de la profession. Au contraire des syndicats, l'adhésion à l'ordre est obligatoire ainsi que le paiement de la cotisation (dont le montant unitaire est de 335 € en 2019). Avec plus de 300 000 médecins inscrits, l'ordre dispose d'un budget annuel d'environ 85 M€.

Son rôle est de veiller au respect des principes de moralité, probité, compétence et dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par les médecins de leur code de déontologie fixé par décret.

Les conseils départementaux de l'ordre des médecins sont notamment chargés de l'inscription au tableau (c'est-à-dire sur la liste des médecins autorisés à exercer) et de l'organisation des conciliations obligatoires quand une plainte est déposée contre un médecin devant l'ordre. Les conseils régionaux, créés il y a 11 ans, abritent les chambres disciplinaires de première instance (CDPI) et sont les interlocuteurs privilégiés des agences régionales de santé.

En dépit d'un contrôle de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2000, d'un contrôle de la Cour des comptes en 2011 et d'un contrôle de la mission d'inspection des juridictions administratives (MIJA) en 2013, l'ordre des médecins n'a procédé qu'à une petite partie des changements qui lui étaient recommandés : sa gestion reste caractérisée par des faiblesses, voire des dérives, préoccupantes, son fonctionnement ne s'est pas suffisamment modernisé, des missions importantes qui justifient son existence sont peu ou mal exercées, le Conseil national n'exerce qu'un contrôle tenu sur les conseils départementaux ou régionaux. Toutefois, nombre de conseillers ordinaires s'efforcent d'exercer leurs missions au mieux.

Le contrôle mené par la Cour des comptes en 2018 a porté sur le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), mais aussi sur 46 conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) sur 101, dont 21 ont fait l'objet d'un contrôle sur place et 8 d'un contrôle approfondi

sur pièces, et sur l'ensemble des conseils régionaux de l'ordre des médecins (CROM), dont 9 ont fait l'objet d'un contrôle sur place. Les constats de la Cour ont conduit l'ordre des médecins à mettre en œuvre en 2019 quelques-unes des recommandations formulées à l'occasion du contrôle et à annoncer des mesures correctrices.

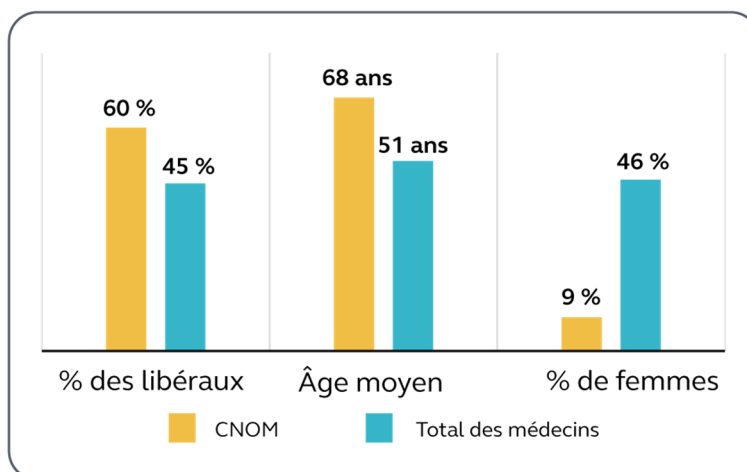
Un ordre sociologiquement peu représentatif du corps médical en activité, une gouvernance fermée

Le fonctionnement et l'organisation des ordres ont fait l'objet de modifications importantes avec les ordonnances de 2017, qui ont largement repris les recommandations effectuées par la Cour après le contrôle de l'ordre des chirurgiens-dentistes.

En particulier, l'ordonnance du 27 avril 2017 a modifié les modalités d'élection des conseillers à tous les échelons, afin d'instaurer la parité entre hommes et femmes via un scrutin à un tour reposant sur des candidatures de binômes paritaires. La parité à tous les échelons territoriaux ne sera cependant pas atteinte, au sein de l'ordre des médecins, avant 2022, une fois achevé le renouvellement par moitié de l'ensemble des conseillers. L'ordre a en effet choisi, contrairement à l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes par exemple, de ne pas renouveler intégralement ses instances dès les premières élections suivant l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

La lente mise en œuvre de ces dispositions nouvelles se reflète dans sa composition et le faible renouvellement des élus, par ailleurs peu représentatifs du corps médical. L'ordre compte en effet 3 311 conseillers ordinaires mais moins d'un tiers sont des femmes (et seulement 9 % au CNOM) alors qu'elles représentent près de la moitié du corps médical et près de 60 % des médecins nouvellement inscrits à l'ordre⁹. L'âge moyen des membres du Conseil national est de 68 ans contre 51 ans pour les médecins actifs. Le taux d'abstention aux scrutins ordinaires (75 %) est important et les cumuls de mandats fréquents.

⁹ *Études et résultats* n° 1061, mai 2018, DREES.

Graphique n° 1 : part des libéraux, âge moyen et part des femmes parmi les conseillers ordinaires du CNOM et le corps médical

Source : Cour des comptes d'après CNOM et DREES.

Les fonctions ordinaires sont des fonctions bénévoles qu'il est néanmoins possible d'indemniser dans la limite de trois fois le plafond de la sécurité sociale soit 121 572 € par an¹⁰.

L'esprit de bénévolat réputé animer les fonctions ordinaires est inégalement présent : si certains conseillers perçoivent des indemnités modestes, d'autres au contraire bénéficient d'indemnités confortables¹¹, qui peuvent être abondées par des remboursements de frais dont les justifications, au vu des investigations de la Cour, sont parfois incertaines, voire inexistantes.

¹⁰ Loi du 21 juillet 2009 (codifiée à l'article L. 4125-3-1 du code de santé publique), complétée par un décret (codifié à l'article D. 4125-8 du même code).

¹¹ Au CNOM, les seize membres du bureau ont perçu au total plus d'un million d'euros d'indemnités en 2017.

Tableau n° 1 : évolution des indemnités mensuelles brutes forfaitaires des principaux membres du bureau du CNOM

	2011	2012	2013	2014 à 2018
<i>Président</i>	9 582 €	9 869 €	10 048 €	9 177 €
<i>Secrétaire g^{al}</i>	8 211 €	8 211 €	8 211 €	8 211 €
<i>Secrétaires g^{aux} adjoints</i>	7 245 €	7 245 €	7 245 €	7 245 €
<i>Trésorier</i>	7 245 €	7 245 €	7 245 €	7 245 €

Source : CNOM

En 2017, les indemnités (10 M€) et les frais (4,1 M€) représentaient 17 % du budget annuel réalisé de l'ordre dans son ensemble. Dans le budget du Conseil national, les dépenses de communication et les indemnités et frais des élus ont représenté plus du quart des dépenses réalisées en 2017¹².

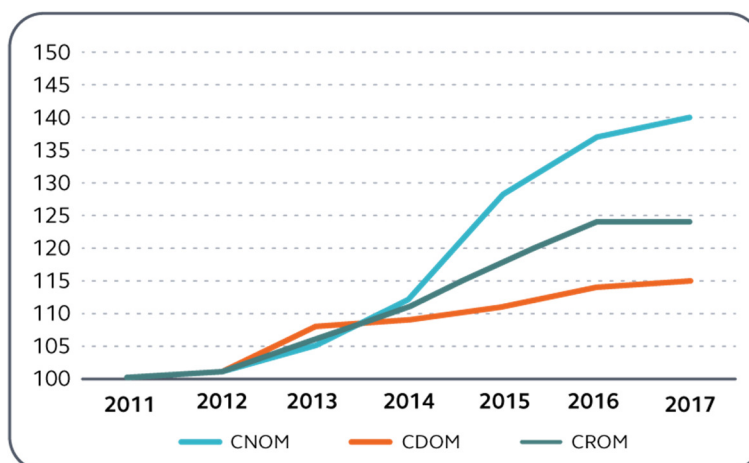
De grands désordres comptables et de gestion

Les ressources de l'ordre sont tirées, pour l'essentiel, des cotisations dont s'acquittent les médecins. Chaque cotisation est ventilée entre conseil départemental, conseil régional et Conseil national.

Les ressources du Conseil national ont crû nettement plus vite que celles de l'ordre : +40 % sur la période contre + 24 % pour l'ordre dans son ensemble, du fait d'une modification des quotités de cotisation allouées aux différents échelons territoriaux.

¹² Sur un périmètre de charges de 29 M€, les éléments exceptionnels de l'exercice (cessions d'actifs et dotations aux amortissements de 15,7 M€) étant déduits des dépenses réalisées totales (44 788 734 €).

Graphique n° 2 : évolution des quotes-parts nationale, départementale et régionale des cotisations encaissées (base 100 en 2011)



Source : Cour des comptes, à partir de données CNOM

L'ordre, qui ne tient pas encore de comptes combinés¹³, n'a pas une connaissance exhaustive de ses ressources, de son patrimoine ou de ses réserves. À l'exception du Conseil national, aucun conseil n'établit de bilan ni de compte de résultat selon les normes du plan comptable général. 33 % des conseils départementaux et 14 % des conseils régionaux contrôlés n'ont pas été en mesure de transmettre dans leur totalité les documents comptables demandés par la Cour. La comptabilité de plusieurs départements n'a pas été tenue pendant plusieurs années et l'une d'entre elles avait été détruite avant le passage de la Cour.

Les cotisations des médecins font l'objet d'une comptabilisation irrégulière et incomplète, ce qui participe de l'insincérité des comptes. Les comptes annuels établis par le Conseil national ne retracent que la quote-part nationale des cotisations ; les cotisations sont enregistrées au moment de leur encaissement et non au moment où elles sont appelées, ce qui n'est pas conforme au principe de comptabilité en droits constatés et aboutit à sous-estimer les produits ; une fraction de la cotisation est inscrite directement en compte de réserves au bilan, sans passer par le compte de résultat, ce qui minore le montant des produits issus des cotisations de près de 7 %.

¹³ Ils deviennent obligatoires à compter de l'exercice 2019.

Outre son défaut d'exhaustivité, le patrimoine comptabilisé de l'ordre est sous-évalué, du fait notamment de l'existence d'une dizaine de sociétés civiles immobilières (SCI) créées, financées et détenues par des conseils départementaux aux seules fins de porter, en lieu et place de l'ordre, la propriété du siège, dont la valeur, de ce fait, n'apparaît pas dans les comptes de l'ordre. Les écritures comptables sont souvent approximatives et peuvent être entachées d'erreurs, voire délibérément faussées comme la Cour a pu le relever parfois.

Tableau n° 2 : évolution des ressources du Conseil national

<i>En milliers d'euros</i>	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2011-2017
<i>Cotisations</i>	20 953	21 767	22 155	24 227	27 201	29 342	30 788	+47 %
<i>Produits financiers</i>	49	111	163	1 420	173	315	140	+186 %
<i>Qualifications</i>	111	129	122	116	209	161	138	+24 %

Source : Grands livres du CNOM 2011-2017

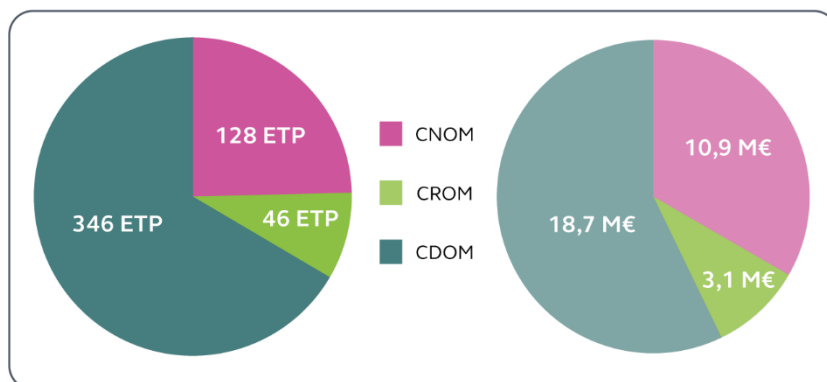
Le Conseil national se révèle défaillant dans la mission de contrôle des conseils territoriaux et de gestion du patrimoine de l'ordre que le législateur lui a confiée. Il ne dispose pas d'un dispositif de contrôle interne et de maîtrise des risques. Le déploiement d'un même logiciel comptable, à tous les échelons de l'ordre, que la Cour appelait déjà de ses vœux lors du contrôle de 2011, n'était toujours pas achevé en 2018. Sans service de contrôle de gestion professionnel, dont la création avait pourtant été recommandée par la Cour en 2011, l'ordre soumet les comptes des départements à une commission de contrôle composée d'élus parfois eux-mêmes responsables, au niveau local, de désordres, voire d'irrégularités.

Cette absence de contrôle, dans les départements comme au niveau national, a permis que soient tolérés, outre des achats coûteux effectués sans mise en concurrence, de fréquentes dépenses étrangères aux missions de l'ordre.

En 2018, l'ordre des médecins emploie 583 salariés (en progression de 10 % en 7 ans) qui représentent 520 équivalents temps plein (ETP) : 128 travaillent au Conseil national, 346 dans les conseils départementaux et 46 dans les conseils régionaux.

Le coût moyen annuel d'un ETP est de l'ordre de 85 000 € au CNOM, 67 000 € dans les CROM et 54 000 € dans les CDOM.

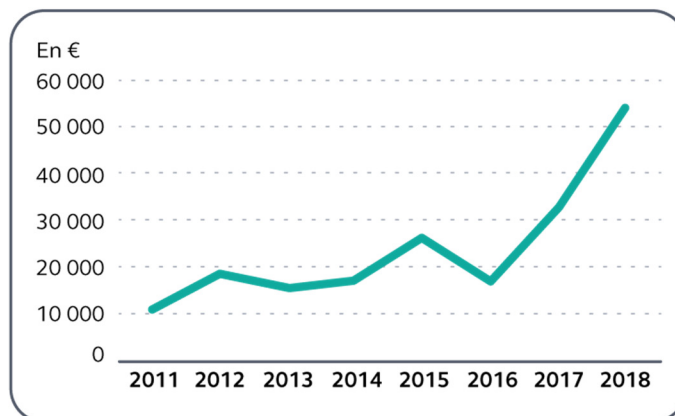
Graphique n° 3 : poids des CDOM, des CROM et du CNOM en ETP et en charges de personnel



Source : Cour des comptes d'après CNOM (2018 pour les ETP et 2017 pour la masse salariale)

Les dépenses de personnel du Conseil national ont augmenté de 58 % sur la période 2011-2017. Sa politique salariale est particulièrement avantageuse : les salaires et les primes sont élevés. *A contrario*, dans certains conseils départementaux les rémunérations peuvent être inférieures aux préconisations du CNOM.

Graphique n° 4 : évolution des primes au CNOM entre 2011 et 2018

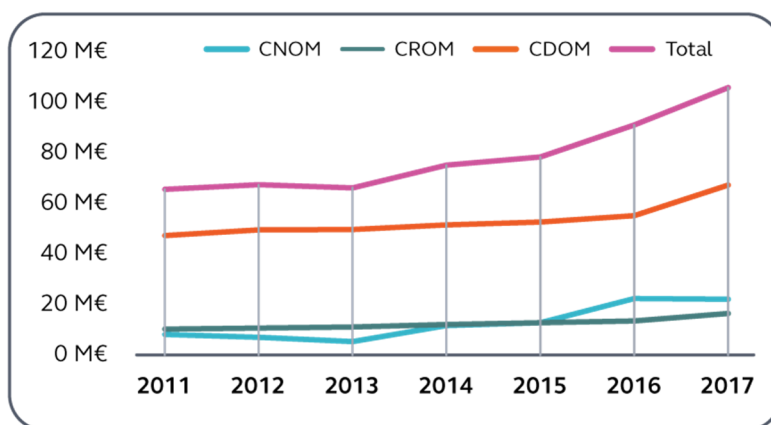


Source : CNOM, graphique Cour des comptes

La gestion des ressources humaines doit être professionnalisée, tant sont grandes les disparités de rémunérations et d'avantages sociaux. Il convient de mettre fin définitivement à la pratique des recrutements favorisant les liens familiaux.

L'ordre dispose de réserves très abondantes (152 M€ dont 106 M€ de disponibilités) qui représentent près de deux années de cotisations de l'ensemble des médecins.

Graphique n° 5 : évolution des disponibilités de l'ordre 2011-2017



Source : Cour des comptes d'après données CNOM

L'ordre se caractérise par une gestion peu rigoureuse et en partie opaque des fonds qui lui sont confiés par les médecins cotisants, alors même qu'il s'investit insuffisamment dans ses missions les plus essentielles.

Des missions administratives inégalement exercées

La tenue du tableau (c'est-à-dire de la liste des médecins autorisés à exercer) est effectuée par les conseils départementaux dans des conditions correctes mais avec des outils aujourd'hui dépassés. Il s'agit d'une mission essentielle puisque nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est inscrit à l'ordre. De la même façon la reconnaissance des qualifications¹⁴ fait l'objet d'un suivi attentif par l'ordre. L'effort de pédagogie entrepris par le Conseil national – avec la publication, sur son site, de référentiels métiers – est à saluer.

D'autres missions importantes souffrent en revanche de graves lacunes. L'ordre ne vérifie pas le respect des obligations de développement professionnel continu (DPC) par les praticiens. Cette mission visant à

¹⁴ Tout médecin inscrit au tableau peut constituer un dossier de demande de qualification en qualité de médecin spécialisé qui sera examiné par les commissions nationales de qualification de l'ordre.

assurer la qualité des soins est largement perdue de vue, tant par les conseils départementaux que par le Conseil national.

La mission de détection et d'accompagnement, par les conseils régionaux de l'ordre, des praticiens dont l'insuffisance professionnelle ou l'état de santé rend dangereux l'exercice de la médecine, souffre d'approches trop différenciées selon les conseils régionaux. Le cadre réglementaire, inadapté, doit évoluer.

Le contrôle du respect, par les médecins, des règles déontologiques de la profession, qui est la raison d'être de l'ordre, n'est pas exercé de manière satisfaisante : les conventions que les médecins concluent avec l'industrie pharmaceutique et qui doivent être obligatoirement transmises aux conseils départementaux de l'ordre ne sont pas examinées par ces derniers. Elles ne sont pas non plus utilisées à des fins statistiques ou de contrôle, tandis que le cumul des montants perçus par un praticien au titre des conventions qu'il a conclues n'est pas calculé et donc jamais vérifié. À titre illustratif, entre 2016 et 2018, 82 conventions ont été transmises à l'ordre pour des prestations assurées par le Pr X, chef de service à temps complet dans un CHU, pour un montant de 726 000 €, tandis qu'un pneumologue a participé à onze congrès internationaux, invité par des sociétés spécialisées dans les dispositifs médicaux respiratoires. Ces exemples montrent combien l'absence de vision globale des avantages reçus par un praticien est problématique pour apprécier les risques de perte d'indépendance encourus par les médecins.

De ce fait, jusqu'en 2018 le contrôle exercé par l'ordre était largement inopérant, malgré des prises de position publiques fortes du Conseil national pour un dispositif plus exigeant. Depuis janvier 2019, cette mission a été reprise par le Conseil national, ce qui devrait être de nature à garantir une plus grande rigueur et une homogénéité de traitement des dossiers.

Par ailleurs, tous les contrats conclus par des médecins, de quelque nature qu'ils soient, dont la loi impose la transmission pour avis à l'ordre, sont examinés par les conseils départementaux de manière très hétérogène. La plupart des conseils départementaux de l'ordre ne disposent pas en leur sein des compétences juridiques nécessaires. La gestion des demandes de remplacement de médecins, obligatoirement soumises à l'ordre, consommatrice de temps et source de retards, doit, quant à elle, être simplifiée.

Le Conseil national doit diffuser des directives précises aux différents conseils départementaux, pour éviter toute inégalité de traitement entre les professionnels.

Délaissant le cœur de ses missions, l'ordre intervient par ailleurs de plus en plus sur le terrain de la défense des intérêts de la profession, alors que les règles législatives qui encadrent son action depuis 1945 lui imposent de veiller au respect, par les médecins, de la déontologie ainsi qu'à l'honneur et à l'indépendance de la profession et lui interdisent d'empiéter sur les missions des syndicats.

Un manque de rigueur dans le traitement des plaintes et une justice disciplinaire marquée par des dysfonctionnements

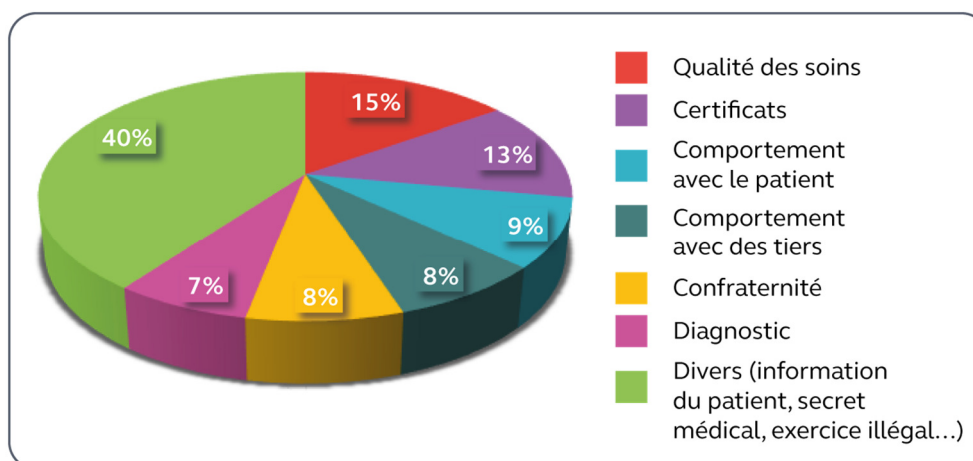
Pour veiller au respect, par tous ses membres, de leurs devoirs professionnels édictés par le code de déontologie¹⁵, l'ordre est doté d'un pouvoir disciplinaire (qui ne s'applique pas toutefois aux médecins chargés d'une mission de service public, notamment hospitaliers), qu'il exerce via trois fonctions distinctes : le traitement des plaintes et signalements qu'il reçoit ou dont il peut être à l'origine, la gestion des chambres disciplinaires et celle des sections des assurances sociales (SAS), qui constituent toutes deux des juridictions autonomes relevant de l'ordre administratif et soumises à ce titre au contrôle du Conseil d'État¹⁶.

Les principaux manquements reprochés aux médecins ont trait à la qualité des soins, aux certificats de complaisance, ainsi qu'aux comportements inadéquats avec les patients ou avec des tiers.

¹⁵ Le code de déontologie médicale est préparé par le Conseil national de l'ordre des médecins et édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'État, codifié aux articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du code de la santé publique.

¹⁶ Les premières jugent et sanctionnent les manquements des médecins au code de déontologie et les secondes jugent des abus et fraudes à l'assurance-maladie. La chambre disciplinaire nationale (CDN) est la juridiction d'appel.

Graphique n° 6 : types de manquements examinés par les CDPI en 2017



Source : Cour des comptes d'après CNOM

L'ensemble de ces trois missions a fait l'objet de contrôles de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2000¹⁷, de la Cour en 2011 et de la Mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'État (MIJA) en 2013. Les trois rapports font le constat d'une hétérogénéité et parfois de carences tant dans le traitement des plaintes adressées aux conseils départementaux que dans la qualité de leur transmission aux chambres disciplinaires.

Près de vingt ans après ces premiers constats et malgré la médiatisation de plusieurs procédures où l'ordre a été mis en cause pour avoir retardé la condamnation de médecins fautifs, la situation n'a guère évolué. Les conditions d'indépendance et d'impartialité des juridictions ordinaires ne sont qu'imparfaitement réunies : l'absence de suivi des plaintes et de leurs suites au niveau national, la distinction infondée faite par les conseils départementaux entre « doléance » et plainte qui conduit à ne transmettre aux chambres disciplinaires qu'une minorité des signalements de patients, une hétérogénéité de traitement des litiges suivant les conseils départementaux, le manque de rigueur dans la gestion des conflits d'intérêts des médecins chargés de juger leurs pairs et les atteintes à l'impartialité témoignent des limites de l'activité juridictionnelle de l'ordre, même si la plupart des membres assesseurs des juridictions disciplinaires s'efforcent d'exercer ces missions avec sérieux.

¹⁷ Seul le traitement des litiges par les conseils départementaux a été contrôlé.

Ces constats plaident pour des adaptations susceptibles de mieux garantir l'indépendance et l'efficacité des juridictions ordinales et les droits des patients.

Des évolutions structurelles nécessaires

L'ensemble des observations sur l'exercice des missions montre que l'intérêt des patients est souvent négligé. C'est pourquoi il paraîtrait utile de s'inspirer des dispositifs tant français qu'étrangers qui, à travers la participation des usagers et de personnalités indépendantes, garantissent une meilleure démocratie sanitaire. Ainsi, à l'instar du *General Medical Council* (GMC) du Royaume-Uni, dirigé à parité par des médecins et des non médecins, l'ordre des médecins et les patients gagneraient à une gouvernance ouverte à des personnalités extérieures au monde médical.

Les dérives constatées en matière d'indemnités, de frais et de gestion renforcent la nécessité pour l'ordre d'adopter des règles de gestion plus rigoureuses et de se doter de compétences nouvelles.

Les ordonnances de 2017 sont un premier pas dans cette direction, mais elles ne suffiront pas à opérer la mutation nécessaire de cette institution à qui la puissance publique a entendu confier des missions essentielles au fonctionnement de notre système de santé.

Le nombre élevé des dysfonctionnements, relevés dans un nombre significatif des conseils territoriaux contrôlés, conduit à dresser un constat préoccupant du fonctionnement et de la gestion de l'ordre ainsi que de l'exercice des missions qui lui sont confiées par la loi. Est ainsi mise en évidence une mauvaise gestion des cotisations ordinales des médecins.

Le Conseil national de l'ordre des médecins a, dans sa réponse, pris l'engagement de remédier à certains manquements constatés lors du contrôle. La Cour vérifiera la mise en œuvre effective des mesures correctrices annoncées lors de prochains contrôles.

Récapitulatif des recommandations

De sérieuses défaillances de gestion (CNOM)

1. Centraliser au niveau national l'émission et la comptabilisation des appels à cotisation pour la totalité des cotisations appelées.
2. Gérer les disponibilités de l'ordre au niveau national (réitérée) et utiliser les excédents de trésorerie pour baisser la cotisation.
3. Encadrer et harmoniser les montants des indemnités versées aux élus et rendre public leur montant sur une base annuelle et nominative. Adopter un cadre clair applicable à l'ensemble des remboursements de frais et sanctionner tout écart.
4. Mettre en place un dispositif de contrôle interne et de contrôle de gestion.

Des missions administratives et juridictionnelles mal assurées

5. Mettre en place un dispositif national de suivi et de relance des déclarations de développement professionnel continu (DPC) des médecins (réitérée) (CNOM – Ministère de la santé).
6. Permettre un exercice partiel aux médecins affectés par une infirmité ou une maladie à l'instar des dispositions applicables aux médecins reconnus en insuffisance professionnelle (Ministère de la santé).
7. Créer un portail unique mettant en cohérence les systèmes d'information « Transparence Santé » et « anti-cadeaux » (Ministère de la santé).
8. Faire de la lutte contre les discriminations dans l'accès aux soins une priorité de l'ordre et doter la commission « refus de soins » des moyens nécessaires, sur le budget de l'ordre (CNOM).

9. Modifier le code de la santé publique pour (*Ministère de la santé*) :
- encadrer juridiquement le traitement des « doléances » ;
 - rendre obligatoire le dépaysement du traitement de tout signalement concernant un élu de l'ordre jusqu'à la saisine de la chambre disciplinaire de première instance ;
 - élargir les commissions de conciliation à des personnes tierces extérieures à l'ordre pour traiter les cas de plaintes formulées par les usagers ;
 - permettre aux patients de porter plainte auprès de l'ordre contre tout praticien, quel que soit son statut, à l'exception des médecins exerçant une mission d'expertise ou de contrôle.
10. Rendre obligatoire la publication des mesures nominatives de radiation ou de suspension d'exercer, le temps de la sanction, pour améliorer la sécurité des patients (*Ministère de la santé*).

Des évolutions nécessaires en matière de gouvernance

11. Regrouper au Conseil national, qui serait seul doté de la personnalité civile, toutes les décisions stratégiques (*Ministère de la santé*).
12. Associer à la gouvernance du Conseil national, en tendant vers la parité, des médecins et des non médecins (personnalités qualifiées, magistrats, représentants d'association de patients, universitaires notamment) désignés par une instance indépendante de l'ordre (*Ministère de la santé*).
13. Limiter à deux le nombre de mandats successifs au sein d'une même instance (réitérée) (*Ministère de la santé*).
14. Vérifier les déclarations d'intérêt des élus ordinaires et les publier sur les sites internet des conseils de l'ordre (*CNOM*).
15. Revoir le règlement intérieur de l'ordre pour rendre obligatoire le dépaysement de l'examen des contrats d'un élu ordinal y compris avec l'industrie (*CNOM*).

Introduction

L'ordre des médecins est un organisme privé chargé d'une mission de service public. Nul ne peut exercer la médecine en France s'il n'est inscrit à l'ordre¹⁸. L'ordre jouit de l'indépendance financière : non seulement la cotisation à l'ordre est obligatoire, mais c'est au Conseil national que la loi confie la responsabilité d'en fixer le montant. Avec plus de 290 000 médecins inscrits¹⁹, l'ordre dispose d'un budget annuel d'environ 85 M€. L'ordre comptait en 2018, 3 311 élus et employait 583 salariés, dont les deux tiers travaillent dans les conseils départementaux et un quart au Conseil national.

Les revenus tirés de la cotisation, dont le montant est de 335 € en 2019, ont augmenté de 11,6 % sur la période contrôlée, ce qui a permis à l'ordre de constituer au fil des ans des réserves supérieures à 152 M€, soit près de deux années de cotisations.

L'ordre s'est vu confier les mêmes missions que les autres ordres des professions de santé. Il remplit ainsi des missions administratives, au premier rang desquelles se place la tenue du tableau auquel tout médecin a l'obligation d'être inscrit pour exercer, des missions réglementaires de contrôle du respect des règles de déontologie par les professionnels et des missions juridictionnelles. L'ordre abrite en effet la juridiction disciplinaire des professionnels médecins, qui juge et sanctionne les manquements au code de déontologie. Enfin, l'ordre intervient sur les grands sujets de santé publique comme la télémédecine, la e-santé ou encore le débat relatif à la fin de vie²⁰.

¹⁸ À l'exception des médecins appartenant aux cadres actifs du service de santé des armées et des médecins fonctionnaires qui ne sont pas appelés à pratiquer la médecine dans le cadre de leurs fonctions.

¹⁹ Dont 226 000 médecins en activité.

²⁰ Selon la réponse du Conseil national de l'ordre à la Cour : « Il peut être affirmé que l'ordre a été co-rédacteur de la proposition de loi Claeys-Leonetti et que son action a permis son adoption. Il est à l'origine du projet de décret d'application de la loi ».

L'enquête de la Cour, conduite en 2018, qui fait suite à un premier contrôle de la Cour mené en 2011 sur les exercices 2007-2010, a concerné les exercices 2011 à 2017. En tant que de besoin, des faits antérieurs ont été examinés, lorsque leurs effets se faisaient sentir sur la période contrôlée. Le contrôle a porté sur le Conseil national (37 % des ressources de l'ordre) mais aussi sur 46 conseils départementaux et l'ensemble des conseils régionaux. Cet échantillon est suffisamment large pour que les problèmes qui y ont été relevés soient considérés comme représentatifs de l'ordre dans son ensemble.

En dépit des changements introduits par les ordonnances de 2017 dans le fonctionnement des ordres des professions de santé, l'ordre des médecins peine à se moderniser alors même qu'il s'investit de plus en plus dans la défense des intérêts professionnels, qui, au vu du code de la santé publique (CSP), ne relève pas de ses missions mais uniquement de l'action syndicale.

Malgré des évolutions intervenues en 2019 à la suite du contrôle de la Cour, l'ordre des médecins n'a que peu progressé en matière de gestion et de tenue des comptes depuis 2011, les principales recommandations de la Cour en la matière n'ayant pas été mises en œuvre. Des ressources importantes et une insuffisance de contrôle par le Conseil national de la gestion locale, en dépit de ses obligations, ont favorisé les désordres comptables et une gestion dispendieuse (I).

Des missions règlementaires de l'ordre, tendant au contrôle du respect des règles de déontologie par les professionnels notamment, *via* les avis rendus sur les contrats entre professionnels ou le contrôle des relations médecins-industrie, sont exercées de manière hétérogène selon les conseils. La justice disciplinaire souffre pour sa part de sérieux dysfonctionnements. Des progrès ont été réalisés dans quelques domaines et certains élus exercent leur mission avec les qualités et compétences que l'on peut attendre de garants du respect des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine tels qu'énoncés à l'article L. 4121-2 du CSP. Néanmoins, les constats de ce contrôle, considérés dans leur ensemble, appellent un changement profond, passant par une évolution de la gouvernance, un recentrage des missions autour de la sécurité des patients, une remise en ordre comptable et une modernisation de la justice ordinale (II).

Chapitre I

De sérieuses défaillances de gestion

I - Une organisation peu propice au changement

A - Une modernisation trop lente

L'ordre des médecins a été créé par l'ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945, qui a mis fin, comme l'indique l'exposé des motifs, à une « très fâcheuse confusion », héritée de l'interdiction des syndicats par le régime de Vichy, consistant à confier au même organisme la défense des intérêts professionnels et la discipline de la profession. L'un des objectifs de ce texte était ainsi de faire cesser cette confusion.

L'ordre est un organisme privé chargé d'une mission de service public. La cotisation à l'ordre est obligatoire²¹ et lui permet de jouir de l'indépendance financière. Il accomplit sa mission par l'intermédiaire de 101 conseils départementaux, de 15 conseils régionaux ou interrégionaux²² et autant de chambres disciplinaires. Ces différents échelons d'organisation, fixés par le législateur, sont dotés de la personnalité civile et exercent leurs missions sous le contrôle du Conseil national²³.

²¹ Article L. 4122-2 du CSP.

²² Depuis l'entrée en vigueur, en 2019, de la réforme portée par l'ordonnance du 16 février 2017 contre 24 CROM précédemment et au moment du contrôle.

²³ Art. L. 4123-1 et L. 4124-11 du CSP.

1 - Un fonctionnement qui ne favorise pas le renouvellement des élus

a) Une réticence au changement

Les règles de fonctionnement des ordres ont été assez sensiblement modifiées par deux ordonnances en 2017²⁴ : renforcement des pouvoirs de contrôle, instauration de la parité hommes-femmes, fixation à 71 ans de l'âge limite pour se porter candidat aux élections ordinaires, durcissement du régime des incompatibilités, certification des comptes combinés, application de règles d'achats inspirées de celles des marchés publics, refonte des modalités de rémunération des présidents de juridictions disciplinaires, etc.

Le Conseil national de l'ordre des médecins a fait connaître ses réticences à l'adoption de plusieurs de ces mesures²⁵. Il a notamment considéré que l'introduction d'incompatibilités supplémentaires était de nature à « entraver le bon fonctionnement des conseils »²⁶, que l'obligation faite à l'ordre de payer les indemnités des présidents de juridictions « constituait une ingérence dans les finances de l'ordre » et que la mise en œuvre de la parité était « choquant[e] par sa brutalité arithmétique et dogmatique »²⁷. À l'issue du renouvellement partiel issu des élections de juin 2019, le nouveau Conseil national ne compte encore que 15 femmes sur 56 membres et le nouveau bureau 2 sur 17.

L'introduction d'une limite d'âge a, quant à elle, fait l'objet d'une contestation vigoureuse de la part de deux conseils territoriaux, qui ont introduit en 2018 un recours contre cette disposition²⁸.

²⁴ Ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 et ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017.

²⁵ La mise en œuvre de ces réformes reste très progressive. La parité par exemple se fait au rythme des renouvellements des conseils et ne sera ainsi complète qu'en 2022.

²⁶ Lettre du président du CNOM au président de la République du 23 mars 2017.

²⁷ Bulletin du conseil national, n° 49, mai-juin 2017, p. 4.

²⁸ Annulée par le Conseil d'État en mai 2018, pour non dépôt du projet de loi de ratification de l'ordonnance dans les délais impartis, cette disposition a été réintroduite dans le code de la santé publique (article L. 4125-8) par la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

b) Des élus ordinaires peu représentatifs du corps médical en activité

Au 1^{er} janvier 2018, 45 % des 226 000 médecins en activité en France sont généralistes et 44 % exercent au moins partiellement à l'hôpital²⁹ ; parmi les conseillers ordinaires, ces proportions sont respectivement de 60 % et 16 %.

Contrairement aux règles applicables à l'ordre des pharmaciens, il n'est pas nécessaire pour un médecin d'être en activité pour prétendre à un mandat ordinaire. De ce fait, la part des retraités au sein de l'ordre – tous échelons confondus – était en 2018 de 14 %, mais de 40 % au sein du Conseil national et près du tiers des conseillers avaient 71 ans ou plus. L'absence de limite d'âge lors des élections ordinaires de juin 2019 n'a pas permis un renouvellement en profondeur du Conseil national.

Les femmes sont sous-représentées : elles constituent 31 % des élus ordinaires (9 % seulement au Conseil national) mais 46 % du corps médical et plus de la moitié des médecins de moins de 60 ans. Même quand elle est atteinte d'un point de vue arithmétique, la parité n'est pas effective dans le partage des responsabilités : la proportion de femmes exerçant des fonctions de président, trésorier ou secrétaire général n'est que de 19 % et on ne compte à ce jour que 14 présidentes de conseils départementaux.

Par ailleurs, le taux de participation aux élections ordinaires est faible (25 % en moyenne et 13,5 % à Paris).

2 - Des mandats caractérisés par leur longévité et le cumul

Les conseillers ordinaires sont élus pour six ans et renouvelés par moitié tous les trois ans. Non dématérialisée, l'élection est génératrice de coûts pouvant atteindre 100 000 € dans les plus gros conseils. À la différence des pharmaciens et des infirmiers, l'ordre des médecins n'a en effet pas souhaité recourir au vote électronique³⁰.

Les 3 311 conseillers de l'ordre des médecins prolongent leurs fonctions sur de longues périodes, le nombre de mandats consécutifs au sein d'une même instance ordinaire n'étant pas limité : sept à huit ans en moyenne, mais l'exercice d'un mandat pendant plus de 20 ans n'est pas isolé.

²⁹ *Études et résultats* n° 1061, mai 2018, DREES.

³⁰ Prévus à l'article L. 4125-6 du CSP.

Le cumul de plusieurs mandats est courant, même si le durcissement du régime d'incompatibilités posé par l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017 a entraîné une légère diminution du nombre d'élus détenant plus d'un mandat (passé de 382 en 2014 à 346 en août 2018). Au moment de l'entrée en vigueur de l'ordonnance précitée, 100 conseillers étaient en situation d'incompatibilité³¹. En dépit de courriers du Conseil national les invitant à démissionner de l'une de leurs fonctions, trois élus continuaient, en novembre 2018, à cumuler des fonctions devenues incompatibles.

3 - De fréquents problèmes de gouvernance nuisant à l'image de l'institution

Les conflits de gouvernance au sein des conseils ne sont pas rares (Gironde, Rhône, Bas-Rhin, Bouches-du-Rhône, La Réunion) et nuisent à l'image de l'ordre des médecins. Ils peuvent dans certains cas conduire à des contentieux entre dirigeants d'un même conseil, entraînant des frais d'avocats souvent financés par les cotisations ordinaires : 14 530 € pour le Rhône en 2018, plus de 36 000 € pour les Bouches-du-Rhône en 2017 et 2018.

Le cas du conseil départemental de l'ordre des Bouches-du-Rhône

En 2015, la désignation d'un nouveau président au sein du conseil de l'ordre des Bouches-du-Rhône a donné lieu à de graves dissensions, les orientations retenues par les nouvelles instances ayant été mal perçues par l'ancien président et plusieurs de ses proches, également membres du conseil. Dès juillet 2016, les dysfonctionnements se sont multipliés et des pressions se sont exercées pour pousser le nouveau président à la démission. Devant son refus de démissionner, des poursuites disciplinaires ont été engagées par le conseil départemental à son encontre. Une première plainte, rejetée en première instance en mai 2017, a été suivie de sept autres, déposées en 2017 et 2018, pour des propos publiés sur internet qui, comparant notamment l'ancien président et ses partisans à « des dictateurs d'une société bananière », outrepassaient « les usages communément tolérés à l'occasion de campagnes électorales ». En appel, la chambre disciplinaire nationale a infligé un blâme au président élu en 2015. Rendu de ce fait inéligible pour trois ans, il n'a pas pu se présenter aux élections de février 2018.

³¹ 26 incompatibilités pour cumul de fonctions au sein de deux conseils, 58 incompatibilités pour cumul d'une fonction de président ou secrétaire général d'un conseil et d'une fonction d'assesseur de chambre disciplinaire et 16 situations de double incompatibilité.

Cette situation a abouti à la dissolution du conseil par l'agence régionale de santé (ARS) en juillet 2018. Cette décision, suspendue dans un premier temps par le tribunal administratif de Marseille, a été confirmée, en janvier 2019, par le Conseil d'État, qui a relevé que le conseil « était notoirement traversé de violents conflits compromettant gravement sa légitimité, que vingt-et-un des quarante-six membres titulaires et suppléants avaient démissionné [...], que le conseil départemental avait, en raison de ce conflit, porté plainte contre quatre de ses propres membres et que [...] une ultime mission de conciliation effectuée par le Conseil national avait échoué ». De nouvelles élections en avril 2019 ont conduit à l'élection d'une présidente.

Le coût des différends interpersonnels et des dysfonctionnements divers (dix interventions d'huissiers, deux changements de serrures, des agents de sécurité, un système de surveillance et des frais d'affranchissement inutiles notamment) s'est élevé à plus de 80 000 € en 2017-2018 financés sur les cotisations des médecins.

4 - L'insuffisante prise en compte des risques de conflits d'intérêts

Toutes les précautions ne sont pas prises par l'ordre pour se prémunir contre les risques de conflits d'intérêts³² encourus par ses représentants, même si le règlement intérieur adopté le 13 décembre 2018, à la suite du contrôle de la Cour, consacre désormais un chapitre à l'obligation spécifique de leur prévention.

Les élus du Conseil national remplissent une déclaration d'intérêts³³ depuis juin 2016, mais ces déclarations sont sommaires et ne sont pas vérifiées par l'ordre. C'est ainsi que l'un de ses membres non élu a omis de déclarer les rémunérations qu'il avait perçues de laboratoires pharmaceutiques, alors qu'il siégeait au sein de la commission des relations médecins industrie et qu'un de ses proches travaillait pour un laboratoire français. Il ne lui a pas été demandé de compléter sa déclaration.

³² Le conflit d'intérêts désigne « toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou à paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction » (art. 25 *bis* de la loi du 13 juillet 1983).

³³ Il s'agit d'une initiative de l'ordre, non d'une obligation légale.

Par ailleurs, il est des cas où les liens connus entre un élu ordinal et un médecin conduisent à jeter un doute sur l'impartialité d'une décision. Ainsi en est-il de l'autorisation de continuer à exercer, notifiée par la formation restreinte d'un conseil régional à un spécialiste exerçant en clinique, victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en octobre 2017, en dépit de l'avis du collège d'experts. Participaient en effet à cette formation restreinte décisionnaire le PDG de la clinique – et président de l'ordre départemental – ainsi qu'un autre médecin y possédant des parts, dont les intérêts étaient donc en jeu dans l'affaire.

Les garde-fous pour prévenir les conflits d'intérêts sont encore plus faibles quand la personne mise en cause est elle-même un conseiller ordinal. L'obligation de délocaliser la conciliation en cas de plainte contre un élu ordinal, introduite par l'ordonnance de 2017, n'est pas toujours respectée. Ainsi, à La Réunion, une plainte introduite en novembre 2017 par un médecin contre l'un de ses confrères, élu du conseil régional, a été traitée sur place. En Haute-Corse, non seulement la plainte déposée en 2018 par une patiente contre une élue ordinale n'a pas été délocalisée, mais la suite qui lui a été donnée n'était pas conforme aux textes.

Aucune règle spécifique de dépaysement n'étant non plus prévue pour l'examen par l'ordre des contrats ou des avantages consentis par l'industrie pharmaceutique à un élu ordinal, l'impartialité nécessaire ne peut être garantie. Ainsi, dans un département du sud de la France, les conditions dans lesquelles sont rendus les avis de l'ordre sur les contrats conclus par les établissements que dirige son président³⁴ ou par ceux d'un concurrent direct de son laboratoire ne permettent pas de garantir l'impartialité nécessaire dès lors qu'il sont rendus par un conseil dont le président est à la fois juge et partie.

En l'absence de cadre contraignant, l'impartialité du traitement d'une affaire concernant un conseiller ordinal ne repose que sur le sens de la déontologie de quelques-uns. Cela peut s'avérer insuffisant, comme le montrent les exemples relevés par la Cour. Il conviendrait de rendre, dans ces situations, la délocalisation obligatoire.

³⁴ Par ailleurs conseiller régional de l'ordre, également co-gérant du seul laboratoire de biologie médicale implanté localement et PDG d'une clinique.

B - Des fonctions bénévoles généralement indemnisées

La loi du 21 juillet 2009³⁵ a posé le principe du bénévolat des fonctions ordinaires. Elle prévoit également que les conseillers ordinaires peuvent être indemnisés, le montant des indemnités étant limité à trois fois le plafond annuel de la sécurité sociale, soit 121 572 € en 2019³⁶. Une demi-journée ne peut être indemnisée au-delà de 10 % du plafond mensuel, soit 337 € en 2019.

La conjugaison de ces deux principes n'a conduit que quelques conseils³⁷ à considérer, à l'instar d'autres ordres de professions de santé, que l'indemnité, pour conserver le caractère bénévole des fonctions ordinaires, visait seulement à compenser une perte d'activité et devait donc être différenciée en fonction des situations (retraités, libéraux, salariés). Pour plus de 80 % des autres, ce n'est pas le cas. Le constat est le même pour les conseils régionaux, dont trois seulement sur 24 ont mis en place une indemnité différenciée selon le statut : Auvergne, Midi-Pyrénées et Bourgogne.

S'ils sont membres d'un bureau, les élus peuvent percevoir une somme forfaitaire en lieu et place des indemnités au temps passé.

Les élus ordinaires sont par ailleurs remboursés des frais engagés en raison de leur mission (transport, repas et hébergement).

Malgré des tentatives de réforme du système indemnitaire au sein de l'ordre des médecins, il n'existe pas jusqu'à présent de barème uniforme sur le territoire. Par conséquent, les pratiques d'indemnisation des élus varient fortement d'un conseil à l'autre, dans un contexte d'augmentation moyenne de 28 % depuis 2011. En 2017, les indemnités (10 M€) et les frais (4,1 M€) représentaient 17 % du budget annuel de l'ordre dans son ensemble.

1 - Des irrégularités constatées au Conseil national

En 2017, le Conseil national a versé aux élus 2,2 M€ d'indemnités³⁸ et pris en charge 2,6 M€ de frais. Ces dépenses, en augmentation de 33 % depuis 2011 malgré des mesures d'économies décidées sur les frais (moindres indemnités forfaitaires sans justificatif), s'expliquent notamment par l'organisation de congrès et par l'augmentation de 9 % du nombre de réunions.

³⁵ Portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

³⁶ Cette limite, fixée par décret, est supérieure de 33 % au bénéfice net moyen d'un médecin généraliste (source : union nationale des associations agréées).

³⁷ Seuls sept CDOM sur 46 différencient l'indemnité selon le statut actif/retraité et quatre selon le statut libéral/hospitalier.

³⁸ 2,06 M€ sont versés aux 54 élus nationaux et 135 500 € à d'autres conseillers.

*a) Des indemnités élevées, parfois supérieures
au plafond réglementaire*

Au CNOM, les seize membres du bureau ont perçu au total plus d'un million d'euros d'indemnités en 2017, soit en moyenne 68 000 € par personne. Pour les 40 % d'élus retraités – l'âge moyen des membres du bureau est de 71 ans –, ces montants élevés ne constituent pas une compensation de perte d'activité professionnelle mais bien un revenu complémentaire.

Parmi ces membres, six ont perçu des indemnités forfaitaires³⁹ représentant au total plus de 500 000 €, soit près de 90 000 € par personne.

Tableau n° 3 : évolution des indemnités mensuelles brutes forfaitaires de certains membres du bureau

	2011	2012	2013	2014 à 2018
Président	9 582 €	9 869 €	10 048 €	9 177 €
Secrétaire g ^{al}	8 211 €	8 211 €	8 211 €	8 211 €
Secrétaires g ^{aux} adjoints	7 245 €	7 245 €	7 245 €	7 245 €
Trésorier	7 245 €	7 245 €	7 245 €	7 245 €

Source : CNOM

Aucune délibération attestant de la fixation de ces indemnités par le bureau ou par le conseil en réunion plénière, comme le prévoit l'article D. 4125-8 du CSP, n'a pu être communiquée⁴⁰ à la Cour. À défaut de délibération, ces indemnités sont dépourvues de fondement juridique.

En dépit du plafond réglementaire élevé, le président du Conseil national en exercice de 2007 à 2013 s'est fait verser irrégulièrement, avec l'accord du secrétaire général, des indemnités d'un montant supérieur de près de 9 000 € au plafond annuel, en considérant abusivement que le calcul du plafond de la sécurité sociale devait s'entendre net de cotisations

³⁹ Sont concernés le Président, le Secrétaire général, les trois Secrétaires généraux adjoints et le Trésorier. Les autres membres touchent des indemnités de présence de 483 € par jour, montant stable depuis 2013.

⁴⁰ Seules ont été produites deux diapositives projetées lors de l'adoption du budget des exercices 2014 et 2015.

CSG-CRDS⁴¹. Ce sont ainsi plusieurs dizaines de milliers d'euros qui ont été indûment perçus et devraient donc être remboursés au Conseil national.

Son successeur, dès son élection en 2013, a mis fin à cette pratique et fixé sa propre indemnité au niveau du plafond alors en vigueur.

b) Une inflexion récente mais encore insuffisante de la politique de remboursements de frais

En matière de remboursement de frais, des pratiques abusives ont eu cours pendant des années, qui ont amené le Conseil national à revoir sa politique en 2015. Il a alors limité les remboursements sans justificatifs à 18,50 € par repas et 65,50 € par nuitée et instauré un remboursement aux frais réels, plafonné à 250 € par jour⁴². Cette mesure a entraîné une diminution de 37 % des frais hors congrès⁴³ des élus nationaux entre 2014 et 2015, passés de 1,3 M€ à 0,8 M€, soit une économie d'environ 500 000 €. À titre d'exemple, les remboursements versés au secrétaire général du Conseil national ont été divisés par trois entre 2011 et 2017.

Tableau n° 4 : évolution des remboursements de frais du président et du secrétaire général

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Président	17 517 €	15 994 €	23 492 €	19 876 €	8 640 €	6 247 €	5 806 €
SG	64 639 €	34 701 €	29 932 €	38 917 €	30 925 €	28 215 €	20 044 €

Source : calculs Cour des comptes, d'après données CNOM

Auparavant, pour un déplacement d'une journée, les conseillers nationaux étaient remboursés, à hauteur d'un forfait de 250 € – ou de 100 € pour les médecins résidant à Paris ou en petite couronne.

L'ancien président du Conseil national a perçu, entre 2010 et 2012, en plus de ses indemnités supérieures au plafond, des « forfaits sans nuitée », assimilables à des indemnités, qui, sur ses trois dernières années de mandat, ont conduit à un dépassement annuel du plafond de la sécurité sociale de plus de 78 000 €. Plusieurs autres conseillers nationaux ont dépassé le plafond autorisé pour le même motif.

⁴¹ Par définition, le plafond de la sécurité sociale, qui sert de référence pour le calcul des cotisations sociales, ne peut s'entendre que brut.

⁴² 180 € pour une nuit d'hôtel et 35 € par repas.

⁴³ Depuis 2011, le CNOM organise annuellement un congrès (coût de 1,3 M€ en 2017), associant des élus de chaque département et région, qui explique l'augmentation importante des frais, passés de 1,6 M€ à 2,6 M€ entre 2011 et 2017.

La Cour considère, comme elle l'avait déjà indiqué en 2011, que, pour les médecins résidant en région parisienne, ces forfaits sans nuitée constituent de fait une rémunération qui doit être soumise à cotisations.

Depuis janvier 2018, les remboursements sans justificatifs ont totalement été supprimés. Cette mesure, qui devrait mettre fin à ces abus, a en tout état de cause divisé par quatre entre 2017 et 2018 les remboursements de l'un des vice-présidents du CNOM (ceux-ci sont passés de 24 000 € à 5 640 € fin octobre 2018).

c) Des remboursements de frais abusifs

En principe, les élus du Conseil national habitant Paris ou la petite couronne ne bénéficient pas de la prise en charge de frais d'hébergement et de repas pour les réunions qui se tiennent au siège. Pourtant, deux vice-présidents du Conseil national, dont la résidence principale, déclarée comme telle aux services fiscaux⁴⁴, est à Paris, ont par l'utilisation d'une autre adresse en province, déclarée à l'ordre comme leur résidence principale, perçu des remboursements de frais.

L'un a ainsi reçu, entre 2015 et 2017, un montant total de 46 651 €, l'autre un montant, pour la même période, de 54 785 €. Si leur résidence principale est bien à Paris, alors ces montants leur ont été réglés indûment et doivent être remboursés à l'ordre.

Depuis la suppression en 2015 du forfait de 250 € versé sans justificatif, un autre élu national, membre de la commission de contrôle des comptes, s'est fait rembourser ses nuitées à Paris, dans l'appartement où réside un de ses enfants, sur présentation de factures de 200 € par nuitée⁴⁵ établies par une SCI dont il est propriétaire.

Le Conseil national a ainsi remboursé à cet élu, depuis 2015, 29 520 €⁴⁶, sur présentation des factures de cette SCI, dont il n'ignore pourtant pas le caractère discutable, comme l'atteste un courrier du 18 mars 2015 signé du trésorier⁴⁷.

⁴⁴ Au moins pour l'impôt sur la fortune immobilière.

⁴⁵ Qui lui permettent de se faire rembourser 180 € par nuitée, soit le plafond fixé par le CNOM.

⁴⁶ Ces sommes n'ont par ailleurs pas été déclarées aux services fiscaux.

⁴⁷ « Notre structure ne procédera à aucune vérification, [mais] notre commissaire aux comptes est parfaitement habilité à faire toutes les investigations qu'il pourrait juger nécessaires. Celles-ci pourraient entraîner, le cas échéant, des requalifications fiscales tant au niveau de la SCI que du conseiller ayant présenté ces notes, dont notre Conseil ne pourrait, en aucun cas, être tenu pour responsable ».

Ainsi, non seulement, le Conseil national a continué de régler au conseiller ces factures litigieuses, mais il l'a assuré qu'il ne contrôlerait pas plus avant la réalité des frais ainsi remboursés.

**Le double remboursement de frais du président
du conseil départemental de l'ordre du Rhône, vice-président
du Conseil national**

L'ancien président du conseil départemental du Rhône a bénéficié pendant plusieurs années d'un double remboursement de ses frais d'hôtel, par le Conseil national d'une part, par le conseil départemental du Rhône d'autre part.

Sur la période 2011-2013, il a ainsi perçu indûment plus de 26 000 €, qu'il a remboursés au conseil départemental en avril 2018. En octobre 2018, la chambre disciplinaire de Bretagne, saisie par le Conseil national (dans le cadre d'un dépaysement), l'a condamné, alors qu'il avait pris sa retraite, à deux années d'interdiction temporaire d'exercer la médecine, dont une avec sursis.

Ces doubles remboursements frauduleux remontaient en réalité à 2007 et la Cour estime, sur la base des documents fournis par le Conseil national et le conseil départemental, que c'est un total de 40 000 € qui lui a été indûment versé.

Lors de ses déplacements à Paris, cet élu était hébergé par un proche, qui lui louait, au prix de 180 € par nuit, – soit le montant plafond des remboursements pratiqués par le CNOM – un studio à Levallois Perret.

Le Conseil national n'a pas mis en œuvre les diligences indispensables, dès lors que, considérant les faits comme une « erreur et pas une faute », il a refusé d'abord la démission présentée par cet élu en 2016⁴⁸, puis a renoncé à examiner les remboursements antérieurs à 2011 alors qu'il détenait la preuve que les faits avaient débuté en 2007, et enfin s'est abstenu de procéder à des vérifications auprès d'autres élus se trouvant dans la même situation. Les membres du Conseil national ont reçu les remerciements de l'ancien président du conseil du Rhône pour leur « exceptionnelle confraternité ».

Le conseil départemental du Rhône qui a, quant à lui, laissé perdurer ces agissements, affiche dans une lettre aux élus ordinaires de mars 2018 une « confiance totale » au Dr R. et en appelle à la confraternité élémentaire en estimant que « nul ne peut s'attribuer le monopole de l'éthique ou de la déontologie ».

⁴⁸ Selon le mémoire en défense du Dr R. non contredit par le Conseil national, son Président aurait écarté sa démission en 2016.

2 - Des situations très contrastées dans les conseils territoriaux

a) Des niveaux d'indemnités très hétérogènes

L'examen de la situation de 46 conseils départementaux et de 24 conseils régionaux montre que les modalités d'indemnisation et de remboursement de frais sont particulièrement hétérogènes.

Les indemnités servies aux conseillers territoriaux se montent à 7,8 M€ en 2017, ce qui représente une augmentation depuis 2011 de 33 % pour les Conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) et de 39 % pour les Conseils régionaux de l'ordre des médecins (CROM). Bien que le Conseil national ait recommandé que les indemnités ne dépassent pas 20 % du budget, 32 conseils locaux dépassent cette limite. Dans l'ancien conseil régional de l'ordre de Picardie⁴⁹, le poids des indemnités était même de 41 % des charges totales. Aucune sanction n'est prévue pour les conseils qui outrepassent les consignes.

Ces montants recouvrent en réalité des situations très diverses. Ainsi, certains petits conseils ne versent pas d'indemnité forfaitaire aux élus de leur bureau⁵⁰. Parmi les conseils comptant plus de 6 000 médecins inscrits, il y a un rapport de 1 à 5 entre Paris qui consacre 446 000 € à l'indemnisation de ses 26 élus et l'Hérault qui consacre 81 000 € à celle de ses 21 élus.

De plus, les indemnités servies pour une même mission varient du simple au quintuple selon les conseils : ainsi les indemnités d'assemblée plénière sont de 56 € dans les Hauts-de-Seine, 136 € dans le Nord, 207 € dans le Rhône. Elles étaient de 320 € dans l'ancien conseil régional d'Alsace⁵¹.

Enfin, des indemnités ne sont pas toujours versées à bon escient : ainsi en Alsace, le président du CROM a perçu en 2018 une indemnité de 320 € pour se rendre aux vœux du préfet ou encore assister à une projection sur les médecins déportés ; la vice-présidente a perçu 460 € pour assister aux obsèques de l'épouse d'un conseiller, remboursés depuis.

Certains élus jouant le rôle de lanceurs d'alerte ont dénoncé ces pratiques sans parvenir toutefois à les infléchir notablement⁵².

⁴⁹ Fusionné à compter de 2019 avec le conseil régional du Nord-Pas-de-Calais au sein du nouveau conseil régional des Hauts de France.

⁵⁰ Fin 2018, Corse-du-Sud, Haute-Corse, Indre, Isère, Loir-et-Cher, Mayenne, Moselle, Seine-Maritime, Guyane. Le budget des conseils départementaux comptant un faible nombre d'inscrits ne leur permet pas toujours de verser des indemnités à leurs élus sur des territoires où la problématique de l'accès aux soins notamment nécessite pourtant un investissement important de leur part.

⁵¹ Fusionné à compter de 2019 au sein du nouveau conseil régional Grand Est.

⁵² Notamment dans le Bas-Rhin, La Réunion et le Rhône. Dans un cas, le conseil départemental de l'ordre a été invité à se prononcer sur l'opportunité de porter plainte au disciplinaire contre l'un d'entre eux en raison de son attitude jugée « anti-confraternelle et calomnieuse ».

À la suite du contrôle de la Cour, une harmonisation des indemnités des élus devrait être mise en œuvre dès le 1^{er} janvier 2020. Il ne faudrait toutefois pas que cette harmonisation se traduise par une augmentation du montant global des indemnités versées.

b) Des indemnités parfois irrégulières et des remboursements de frais insuffisamment justifiés

Les indemnités servies par les conseils départementaux ne sont pas toujours régulières : il arrive, dans quelques cas, que les « vacations » dépassent les plafonds réglementaires, comme à La Réunion, qui indemnise la participation à la commission des contrats à hauteur de 414 € la demi-journée (alors que le plafond est de 327 € en 2017) ou que, dans des cas plus fréquents, le montant des indemnités ne soit pas fondé sur une décision prise en assemblée plénière⁵³.

En l'absence de règles fixées par le Conseil national, la procédure de remboursement de frais est hétérogène et peu formalisée. Rares sont les conseils qui établissent des ordres de mission et qui conditionnent le remboursement des frais à la présentation de justificatifs.

Le stationnement en ville des médecins

Les véhicules des médecins arborant le caducée peuvent bénéficier de mesures de tolérance en matière de stationnement. Ces tolérances, censées s'appliquer aux seules visites à domicile et en cas d'urgence, ont fait l'objet de larges abus. De ce fait, les villes sont moins enclines à accorder des régimes dérogatoires spécifiques aux médecins.

Comme d'autres villes, Paris a créé, à compter du 1^{er} janvier 2018, un régime dérogatoire, en instituant une « carte Pro soins à domicile »⁵⁴. Alors que l'instruction des demandes de cartes relève de la ville de Paris pour les infirmiers, les sages-femmes et les orthophonistes, elle a été confiée, pour les médecins, à la demande de l'ordre, au conseil départemental de l'ordre de Paris⁵⁵. Près de 1 000 cartes ont été attribuées dont certaines à des médecins qui ne remplissaient pas les conditions pour en bénéficier.

⁵³ C'est le cas notamment au conseil régional d'Ile-de-France et dans les conseils départementaux de Haute-Corse, Haute-Garonne, Gironde et Var. Plusieurs conseils ont depuis mis fin à cette irrégularité.

⁵⁴ Cette carte est destinée aux professionnels de santé exerçant à Paris et effectuant plus de 100 visites à domicile par an.

⁵⁵ Les masseurs-kinésithérapeutes s'adressent également à leur conseil départemental.

Parmi eux, près d'un élu sur deux du conseil départemental de Paris bénéficie de la carte Pro soins à domicile, sans remplir les conditions d'attribution et sans qu'aucun relevé d'activité justificatif des visites à domicile leur ait été demandé.

C - Un ordre qui empiète sur le champ syndical

1 - Des relations longtemps intriquées

La genèse de l'ordre et le fait que les élus ordinaires soient issus, pour beaucoup, du monde syndical explique l'étroitesse des relations qu'il entretient depuis sa création avec les syndicats de médecins. La fréquence du cumul des mandats syndicaux et ordinaires par les mêmes médecins a longtemps accentué ce phénomène.

L'ordonnance du 16 février 2017, qui a durci le régime des incompatibilités entre certaines fonctions syndicales et ordinaires⁵⁶, vise à éviter la confusion entre ces responsabilités, mais ses dispositions sont encore mal connues, mal appliquées ou sujettes à interprétations divergentes. Les conseillers territoriaux ne remplissaient pas en 2018 de déclaration d'intérêts, alors que la bonne application de la disposition relative aux compatibilités de fonctions l'exigeait. Leurs fonctions électives non ordinaires n'étaient, de fait, pas connues de l'ordre. De plus, l'un des trois principaux syndicats de médecins n'avait même, au moment de l'enquête de la Cour, jamais entendu parler de ce nouveau régime. Le règlement intérieur adopté en décembre 2018, après le contrôle de la Cour, prévoit désormais l'obligation, pour tous les élus, d'établir une déclaration d'intérêts mentionnant leurs fonctions électives.

Enfin, le Conseil national a une lecture des dispositions relatives aux incompatibilités moins restrictive que le ministère chargé de la santé puisqu'il estime que l'incompatibilité ne concerne que les syndicats constitués entre médecins, permettant par exemple à certains élus de continuer à cumuler des fonctions de président d'un conseil départemental et d'une fédération de l'hospitalisation privée.

2 - Une conception extensive de son rôle par l'ordre

L'ordre est chargé de veiller au respect des règles de déontologie et d'assurer la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

⁵⁶ Art. L. 4125-2 du CSP.

Dans les faits, l'ordre des médecins, à l'instar des autres ordres déjà contrôlés par la Cour, intervient fréquemment dans le champ de la défense des intérêts professionnels et sort régulièrement du champ déontologique au regard duquel il devrait apprécier l'impact des réformes qui lui sont soumises pour avis.

Le Conseil national est certes chargé d'« étudier[r] les questions et projets qui lui sont soumis par le ministre chargé de la santé⁵⁷» mais au regard de ses seules missions. Il ne lui appartient pas de se saisir lui-même, à l'occasion par exemple d'élections présidentielles, de sujets politiques ni de critiquer des textes législatifs ou réglementaires une fois qu'ils sont adoptés. Toute communication à caractère revendicatif se situe clairement hors du champ des missions d'un ordre, comme l'a rappelé la Cour de discipline budgétaire et financière (CDBF) dans un arrêt du 29 novembre 2018 relatif à l'ordre des chirurgiens-dentistes⁵⁸.

Pourtant, se considérant comme le représentant de tous les médecins, l'ordre, encouragé parfois par les pouvoirs publics eux-mêmes qui le sollicitent sur des questions se situant hors de son champ de compétences, se positionne comme un interlocuteur privilégié sur les réformes de santé à venir. Dans la préface de son ouvrage *Santé : explosion programmée* paru en 2018, le président de l'ordre évoque d'ailleurs « les 291 000 médecins praticiens dont nous portons la parole, là où la multiplicité des syndicats professionnels rend difficile une représentation homogène de notre profession ».

Dans son bulletin de mai 2015, l'ordre présentait comme l'une de ses missions le fait de « défendre les intérêts de la profession au plan européen »⁵⁹. Or, ni au plan européen ni au plan national, il n'incombe à l'ordre de défendre les intérêts de la profession. Le caractère obligatoire de l'inscription place en effet l'ordre dans une situation très différente des syndicats : d'une part, dès lors qu'il regroupe tous les médecins, il ne peut en aucun cas exprimer un point de vue politique qui les engagerait tous ; d'autre part, il dispose d'un budget sans commune mesure avec ces derniers, ce qui rend les risques de mésusage plus élevés. Toute confusion entre missions ordinales et missions syndicales est en effet préjudiciable au bon emploi des fonds de l'ordre.

⁵⁷ Art. L. 4122-1 du CSP.

⁵⁸ « Le fait pour l'ordre d'avoir pris en charge des dépenses liées à une action étrangère à ses missions légales et réglementaires [en l'espèce, une campagne de communication lancée en 2015 contenant des messages clairement revendicatifs contre la future loi santé] constitue une infraction aux règles relatives à l'exécution des dépenses ».

⁵⁹ Revue médecins (bulletin de l'ordre des médecins), n° 39 avril-mai 2015.

3 - Un glissement sensible de la communication vers des actions relevant du champ syndical

La communication de l'ordre est le reflet de ce glissement vers le champ syndical. Elle a été réformée en profondeur en 2013, pour placer l'ordre en acteur incontournable des débats sur la profession médicale et l'évolution du système de santé ; elle tend de plus en plus à remettre en cause l'action des pouvoirs publics.

La stratégie 2015-2017 a ainsi comporté un intense lobbying contre la loi dite « Touraine », puis le lancement, à l'automne 2015, d'une grande consultation nationale⁶⁰, pour un coût estimé à 1 M€, destinée à positionner l'ordre au premier plan dans la négociation des textes d'application de la loi susvisée⁶¹ et à porter ses revendications auprès des candidats à la présidentielle.

La synthèse des avis recueillis à l'occasion de cette consultation a fait l'objet d'un livre blanc, très critique sur l'organisation actuelle du système de santé. L'ordre y formule des recommandations dont certaines visent la revalorisation du mode de rémunération des médecins, la refonte de leur système d'assurance sociale ou encore la suppression du caractère obligatoire du tiers payant, tous sujets sur lesquels il n'est pas légitime à intervenir.

Le Conseil national a poursuivi ses actions en 2019, à l'occasion de la discussion de la loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, en organisant la campagne « Ma santé 2022 : de la parole aux actes ! » pour débattre publiquement du projet de loi et de sa mise en œuvre.

Cette confusion des rôles est préjudiciable à l'image de l'ordre et à l'exercice de ses missions, elle est difficilement compatible avec son rôle de gardien impartial de la déontologie de la profession. Les budgets correspondant aux actions qui ne relèvent pas de l'ordre sont autant de moyens qui ne sont pas consacrés aux missions légales, dont l'enquête de la Cour a montré qu'elles étaient souvent délaissées, comme dans les cas du contrôle de la formation continue ou des relations médecins-industrie (cf. *infra*).

⁶⁰ Cette consultation a consisté en 13 rendez-vous avec les principaux acteurs du système de santé, 16 grands débats avec 2 000 médecins, une consultation de la profession en ligne (35 000 médecins ont répondu) et un sondage auprès du grand public (4 000 participants).

⁶¹ L'ordre reconnaît, dans le bulletin n° 42 diffusé au début de l'année 2016, que « l'année 2015 a été marquée par un travail de lobbying parlementaire intense sur la loi de santé. Aujourd'hui, tout reste à faire quant aux modalités de sa mise en application. 2016 promet d'être une année de bataille sur les décrets d'application et des ordonnances. (...) À l'aube d'échéances électorales, le travail de l'ordre est appelé à s'intensifier ».

II - Des comptes souvent incomplets et insincères

La Cour a constaté de nombreuses insuffisances et irrégularités. Certaines d'entre elles avaient déjà été relevées lors de son précédent contrôle mais n'ont pas donné lieu à des mesures correctrices.

Ces insuffisances, et plus largement le défaut de rigueur dans la gestion et de contrôle dans l'usage des fonds issus des cotisations, ainsi que les multiples carences du contrôle interne, ont rendu possibles non seulement des erreurs et des approximations dans les pratiques comptables mais également des détournements de fonds constatés en plusieurs endroits.

A - Des ressources incomplètement retracées

1 - Des ressources abondantes en augmentation rapide

Les ressources de l'ordre se composent à 99 % des cotisations des médecins. La cotisation est obligatoire⁶² et versée par toute personne inscrite au tableau, qu'elle soit physique ou morale. La cotisation 2018 fixée par le Conseil national, se monte à 335 € pour les médecins actifs et les sociétés d'exercice libéral (SEL) et 95 € pour les retraités et les médecins qui, n'exerçant pas sans être retraités, souhaitent rester inscrits au tableau.

Les cotisations annuelles appelées représentaient un montant de près de 84,3 M€ en 2017 et les cotisations encaissées un peu plus de 79 M€. Ces chiffres ne sont que des estimations. En effet, les cotisations étant perçues directement par les conseils départementaux, en l'état actuel de la comptabilité, et faute pour l'ordre de disposer à ce jour de comptes combinés retraçant l'ensemble de ses opérations, il n'est pas possible d'avoir une vue d'ensemble des ressources du Conseil national, des conseils départementaux et des conseils régionaux confondus.

⁶² Sont toutefois exemptés les réservistes sanitaires – s'ils n'exercent la profession qu'à ce titre –, les cadres actifs du service de santé des armées ainsi que les médecins fonctionnaires d'État ou territoriaux qui ne sont pas appelés, dans l'exercice de leur fonction, à exercer la médecine.

L'irrégularité de certaines ressources tirées des qualifications

L'ordre, qui doit veiller au maintien des compétences indispensables à l'exercice de la médecine⁶³, a mis en place une procédure pour les médecins désireux d'obtenir une qualification de spécialiste différente de celle qui leur a été reconnue à l'issue de leur formation initiale.

Or, le Conseil national conditionne le dépôt d'un dossier de qualification à l'obligation, pour le demandeur, de s'acquitter de frais de dossiers de 140 €. Un total de 138 000 € a ainsi été collecté par les conseils départementaux en 2017 et reversé au Conseil national.

Rien ne permet de justifier la facturation de frais de dossiers non prévus par le code de la santé publique et relatifs à une mission de service public financée par ailleurs par la perception de cotisations obligatoires.

L'ordre a indiqué à la Cour, à l'issue du contrôle, avoir suspendu la perception de ces recettes tirées des dossiers de qualification.

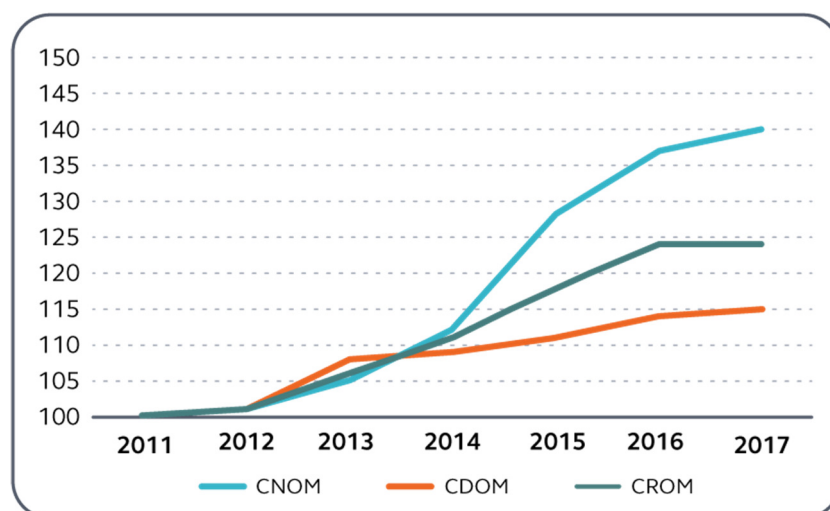
L'évolution dynamique du montant des cotisations encaissées (+24 % sur la période 2011-2017) s'explique à la fois par l'augmentation du nombre de cotisants (290 973 médecins inscrits à l'ordre en 2017, soit +10 % par rapport à 2011) et par l'évolution du montant unitaire de la cotisation, passée de 300 € en 2011 à 333 € en 2017, soit une augmentation de +11 %⁶⁴.

Outre la croissance de la cotisation, le Conseil national a bénéficié d'une augmentation de la quotité qui lui revient, passée de 35 % à 39 %, alors que celle allouée aux départements a diminué dans le même temps de 53 % à 49 %. En conséquence, les ressources du Conseil national ont crû nettement plus vite : +40 % contre +24 % pour l'ordre dans son ensemble, comme l'illustre le graphique suivant.

⁶³ Art. L. 4121-2 du CSP.

⁶⁴ En 2018, la cotisation a de nouveau augmenté, passant à 335 €, montant inchangé en 2019.

Graphique n° 7 : évolution des quotes-parts des cotisations encaissées⁶⁵ (base 100 en 2011)



Source : Cour des comptes, à partir de données CNOM

2 - Un enregistrement comptable irrégulier des cotisations

a) Un schéma comptable qui ne retrace pas le produit des cotisations

Le législateur a entendu donner au Conseil national la maîtrise des ressources de l'ordre et le pouvoir de veiller à leur répartition harmonisée.

À cet effet, il ressort des dispositions combinées du code de la santé publique et du règlement de l'Autorité des normes comptables de juin 2014 que seul le Conseil national est habilité à émettre le bordereau d'appel de cotisation et à inscrire à son compte de résultat, en produits, le montant total de la cotisation appelée et, en charges, le reversement des quotes-parts aux conseils territoriaux.

Or ce schéma comptable n'a pas été retenu, puisque l'ordre a confié aux conseils départementaux le soin de recouvrer la cotisation, sans que celle-ci apparaisse toutefois dans leurs comptes pour son montant intégral.

⁶⁵ Parts nationale, régionale, départementale.

Le Conseil national contrevient également aux dispositions du code de la santé publique pour le financement des chambres disciplinaires : alors que la loi lui impose expressément⁶⁶ de préciser la part de la cotisation consacrée au fonctionnement de ces chambres, le Conseil national considère qu'il appartient « à chaque conseil régional de fixer le montant nécessaire au fonctionnement de la chambre disciplinaire ».

b) Une comptabilisation incomplète des cotisations annuelles

La comptabilisation des cotisations présente aujourd'hui de nombreuses irrégularités, qui empêchent de donner une image fidèle des produits de cotisations, des créances sur les médecins et de leurs dépréciations.

En premier lieu, les comptes annuels établis par le Conseil national ne retracent que la quote-part nationale des cotisations, soit 30,8 M€ sur 84,3 M€ en 2017. Les conseils locaux comptabilisent quant à eux leurs parts respectives (49 % pour les départements et 12 % pour les régions). Aucun document ne permet aujourd'hui de rendre compte de manière précise, fiable et exhaustive des ressources annuelles totales de l'ordre.

En second lieu, les cotisations sont enregistrées au moment de leur encaissement et non au moment où elles sont appelées, ce qui n'est pas conforme au principe de comptabilité en droits constatés⁶⁷ et aboutit à sous-estimer les produits. L'ordre n'a pas tenu compte des observations de la Cour, qui critiquait déjà en 2011 ce mode d'enregistrement des cotisations et le qualifiait de « comptabilité d'engagement à géométrie variable ».

En troisième lieu, il est impossible de disposer d'une estimation fiable du montant annuel des cotisations restant à recouvrer⁶⁸, en raison non seulement de l'absence de transcription comptable des cotisations appelées, mais aussi de l'hétérogénéité des modes de comptabilisation de ces restes à recouvrer.

⁶⁶ L. 4122-2 du CSP.

⁶⁷ Le fait générateur de la créance est bien l'appel à cotisation envoyé en début d'année.

⁶⁸ Ce montant peut être évalué à au moins 11 M€ par an.

Selon les conseils en effet, les méthodes d'estimation des cotisations à recouvrer varient⁶⁹ ; le reste à recouvrer d'une même créance peut être constaté de façon différente selon qu'il s'agit de la part nationale ou de la part départementale⁷⁰ ; enfin le taux de dépréciation des créances varie de 2 % à 100 % selon les départements, sans justification.

En dernier lieu, ni les exonérations de cotisations (environ 800 000 € en 2017), ni les pertes sur créances irrécouvrables ne sont comptabilisées.

Le recouvrement des cotisations n'étant ainsi ni conforme aux textes ni efficient, l'ordre doit le revoir en profondeur. En particulier, il doit mettre en place une comptabilisation en droits constatés des cotisations dès leur appel et pour l'intégralité de leur montant, ainsi qu'une comptabilité auxiliaire par médecin en l'absence de laquelle la situation de chaque médecin cotisant reste inconnue.

Une fraction de ces cotisations est par ailleurs irrégulièrement soustraite du compte de résultat pour alimenter des fonds de réserve.

c) Des fonds de réserve irréguliers

Le Conseil national prélève chaque année, sur la quote-part de cotisation⁷¹ qui lui revient, un montant forfaitaire, destiné à alimenter un ou plusieurs fonds : un fonds d'harmonisation des charges, un fonds d'entraide, un fonds de modernisation de l'institution et, en 2011, un fonds de projets informatiques. Seuls les deux premiers sont décrits au règlement intérieur et au règlement de trésorerie. Le solde total des fonds représente fin 2017 près de 5,2 M€.

En 2017, sur la quote-part de la cotisation nationale de 131 €, le prélèvement a représenté 9 € et un total prélevé de 1,87 M€.

Cette ponction d'une fraction de la cotisation, inscrite directement en compte de réserves au bilan, sans passer par le compte de résultat, ne donne pas une image sincère des produits issus des cotisations puisqu'il en minore le montant de près de 7 %. Le Conseil national de l'ordre a indiqué avoir réaffecté, suite aux recommandations de la Cour, trois des quatre fonds en cause.

⁶⁹ Elles sont fondées sur un nombre d'exercices d'appel allant de 1 à 13 : un seul exercice d'appel en Mayenne et dans le Rhône, quatre au Conseil national, cinq constatés dans les Bouches-du-Rhône (qui indique recouvrer l'intégralité des cotisations, indépendamment de leur ancienneté), dix dans les Hauts-de-Seine et treize à Paris.

⁷⁰ Une même cotisation impayée depuis deux ans apparaîtra dans les restes à recouvrer du Conseil national, pour la quote-part qui lui revient mais pas dans ceux du conseil départemental du Rhône, pour la quote-part départementale, puisque ce conseil ne prend en compte, pour son calcul, qu'une seule année de cotisations impayées.

⁷¹ À l'exception des cotisations retraités.

En dépit de l'ensemble de ces irrégularités, les comptes du Conseil national de l'ordre des médecins ont été certifiés chaque année par les commissaires aux comptes.

B - Un patrimoine mal comptabilisé et sous-estimé

1 - Des réserves financières qui représentent près de deux années de cotisations

Les réserves de l'ordre, qui n'apparaissent nulle part sous forme agrégée, se montent à fin 2017 à près de 152 M€, ce qui représente 1,9 année de cotisations moyennes. Encore s'agit-il d'une estimation reconstituée sur une base déclarative. Ces réserves sont, pour l'essentiel, placées en comptes à terme ou, plus rarement, en valeurs mobilières de placement.

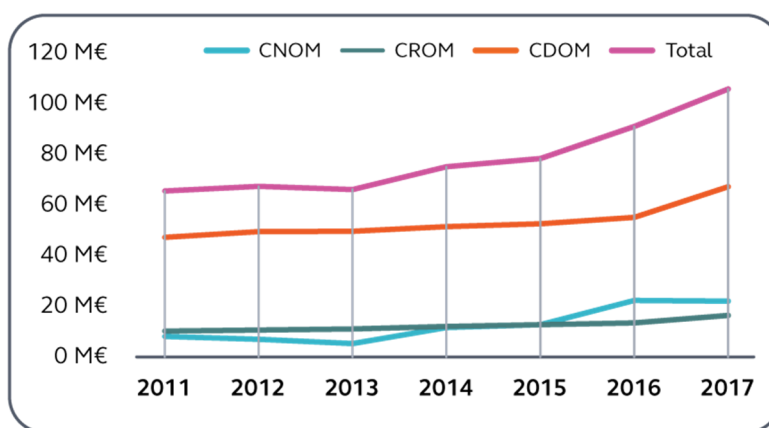
Tableau n° 5 : montant des réserves de l'ordre (M€) en 2017

National	Départements	Régions	Total
35,1	100,4	16,5	152
23 %	66 %	11 %	100 %

Source : Cour des comptes d'après données comptables de l'ordre

Ces réserves sont essentiellement liquides, comme le montre le graphique ci-dessous. Les disponibilités de l'ordre dans son ensemble ont augmenté de 61 % sur la période 2011-2017 pour atteindre un montant de près de 106 M€.

Graphique n° 8 : évolution des disponibilités de l'ordre 2011-2017



Source : Cour des comptes d'après données CNOM

Sauf exception, les conseils départementaux et régionaux confient la gestion de leur trésorerie à leurs établissements bancaires.

Mais en optant, en dépit des textes, pour un circuit de recouvrement des cotisations décentralisé, le CNOM s'est privé de la possibilité de gérer sa trésorerie de manière plus efficiente, globalement, au niveau national. Les conditions obtenues pour le placement des 105,9 M€ de disponibilités de l'ordre dans son ensemble seraient probablement plus intéressantes que celles obtenues par chacun des conseils locaux pris isolément.

Par ailleurs, le niveau significatif de ces disponibilités, qui continue d'augmenter, aurait pu inciter l'ordre à stabiliser, voire à baisser le montant de la cotisation ordinale de l'ensemble des médecins.

2 - Un patrimoine immobilier incomplètement retracé en comptabilité

Malgré l'obligation que lui fait la loi de « gère[r] les biens de l'ordre, défini[r] sa politique immobilière et contrôle[r] sa mise en œuvre⁷² », le Conseil national n'a pas de connaissance précise de la valeur de son patrimoine immobilier. La valorisation de ce patrimoine, estimé en 2018, sur une base déclarative, à 110,3 M€⁷³, n'a été réalisée qu'à la demande de la Cour.

Il est en réalité sous-estimé, 13 conseils locaux n'ayant pas enregistré dans leur bilan, pour un montant d'au moins 1,42 M€⁷⁴, la valeur des parts de SCI qu'ils détiennent. La part des immobilisations corporelles des conseils départementaux non comptabilisées peut être estimée à près de 5 %⁷⁵.

⁷² Article L. 4122-2 du CSP.

⁷³ Valeur comptable (54,5 M€ pour le Conseil national, 42,7 M€ pour les conseils départementaux et 13,1 M€ pour les conseils régionaux).

⁷⁴ Le montant exact ne peut être connu avec certitude dans la mesure où, dans certains départements, comme l'a relevé la Cour, les comptes de la SCI sont soit inexistant, soit incomplets.

⁷⁵ Dont 3,3 % issus des comptes des SCI et 1,7 % estimés par un calcul de proportionnalité.

3 - Un défaut de suivi manifeste des actifs mobiliers

L'inventaire des actifs mobiliers⁷⁶ du Conseil national, d'un montant total de 4,5 M€ en valeur brute à fin 2017, n'est pas assuré de façon régulière et complète⁷⁷.

Des écarts d'une valeur d'environ 300 000 € ont été relevés entre les matériels informatiques comptabilisés et ceux effectivement recensés⁷⁸ au moment du contrôle. 8 % des actifs étaient ainsi manquants parmi lesquels des tablettes, téléphones mobiles, ordinateurs fixes et portables. Environ 200 équipements étaient absents du patrimoine physique du Conseil national⁷⁹.

Certains biens ont été conservés par des élus qui ont quitté l'ordre (smartphones, tablettes), d'autres ont été laissés dans les anciens locaux (imprimantes, onduleurs), par exemple.

Au plan local, les conseils départementaux contrôlés ne réalisent ni inventaire physique de leurs actifs mobiliers, ni suivi des biens mis à la disposition du personnel ou des élus, comme en témoigne l'absence de restitution de tablettes par d'anciens élus ayant quitté le conseil départemental des Bouches-du-Rhône⁸⁰.

Au total, l'absence d'inventaires et la fiabilité incertaine des comptes des conseils empêchent de connaître précisément la réalité et la valeur du patrimoine immobilier et mobilier de l'ordre. Une telle situation comporte des risques pour la bonne conservation de ce patrimoine.

⁷⁶ Matériel informatique et mobilier de bureau.

⁷⁷ Pour mémoire, l'état des immobilisations permet un suivi extra comptable du patrimoine d'une entité (un inventaire doit avoir lieu au moins une fois par an). Cet état doit correspondre à ce qui figure en comptabilité.

⁷⁸ « Concernant le matériel informatique, suite aux tableaux de Mr L., je vais procéder à la sortie de 288 K€ correspondant au matériel figurant dans les immobilisations mais sorti dans les faits » (mél du 24 août 2018 de la directrice financière du CNOM).

⁷⁹ À la suite du contrôle de la Cour, le Conseil national, après un nouveau recensement, indique que le montant des équipements manquants serait dix fois moindre.

⁸⁰ Seules trois tablettes ont été restituées après le contrôle sur place de la Cour.

C - De sérieux manquements dans la tenue des comptes locaux

En dépit de l'obligation légale qui est la sienne de « valide[r] et contrôle[r] la gestion des conseils⁸¹ », le Conseil national s'est montré défaillant dans l'exercice de cette mission.

1 - Un contrôle interne défaillant

Le Conseil national a presque toujours validé les comptes annuels des conseils locaux, quand bien même ceux-ci étaient erronés ou incomplets, et n'a pas mis en place les outils et les moyens lui permettant d'exercer réellement le contrôle qui lui incombe.

a) Une commission de contrôle des comptes à l'efficacité limitée

La commission de contrôle des comptes instituée par le législateur auprès du Conseil national examine les comptes annuels des conseils locaux repérés par ses services comme posant problème. Cet examen donne lieu à des courriers d'observation et, le cas échéant, à un signalement à la direction générale des relations internes (DGRI) qui peut diligenter un contrôle sur place.

La commission a ainsi constaté quelques dysfonctionnements comptables évidents : absence de comptes, bilans déséquilibrés, absence de reprise, en début d'exercice, des soldes des comptes de bilan de l'exercice précédent par exemple. En matière de gestion, elle a relevé des budgets manifestement sous ou surévalués, des non-paiements à l'URSSAF, des indemnités irrégulières.

Cependant, en dépit des critiques de la commission, les comptes de ces départements ont continué à être validés par le Conseil national.

⁸¹ Article L. 4122-2 du CSP.

**Une composition problématique de la commission
de contrôle des comptes**

Parmi les dix membres de cette commission figurent des élus occupant ou ayant occupé des fonctions au bureau des conseils départementaux dont les comptes et la gestion sont les plus désorganisés.

L'un a été successivement vice-président, trésorier et enfin secrétaire général d'un département des Hauts-de-France et n'a pu ignorer les détournements de fonds qui y ont eu lieu ni la manière dont l'ordre les a couverts.

Un autre, vice-président d'un conseil d'outre-mer ayant multiplié les erreurs de gestion et comptables, a confié à son fils avocat la majeure partie des dossiers de contentieux de ce conseil départemental⁸².

Un troisième est élu d'un conseil d'outre-mer, dont il fut trésorier adjoint jusqu'en juin 2012. Ce conseil n'a pas été en mesure de produire les comptes 2011 et de très graves désordres (détournements de fonds, disparition de pièces justificatives, présentation de comptes inexacts, pratique des chèques en blanc), y ont été identifiés.

Il semblerait approprié que ne soient désignés, au sein de cette instance que des élus qui ne sont pas impliqués, directement ou indirectement, dans la tenue inexacte des comptes ou la mauvaise gestion du conseil local dont ils sont élus.

b) Un contrôle de gestion inexistant

L'ordre des médecins ne s'est doté d'un contrôleur de gestion qu'en mai 2012. Il a cependant quitté l'ordre six mois plus tard, à l'expiration de sa période d'essai, le Conseil national ayant estimé que « l'organisation n'était pas prête ». Depuis cette date, aucun autre contrôleur de gestion n'a été recruté.

Le Conseil national sous-estime l'étendue des dysfonctionnements et l'ampleur des besoins de contrôle⁸³. Il appréhende mal la nécessité de mettre en place un dispositif de contrôle interne rigoureux, alors même qu'il y a été invité par la Cour des comptes dès 2011. L'absence d'un tel dispositif en 2018 pour un organisme gérant plus de 85 M€ de ressources annuelles versées par l'ensemble des médecins français, réparties entre plus de 120 conseils territoriaux et disposant de 152 M€ de réserves apparaît critiquable. Les observations formulées en 2011 par la Cour demeurent donc plus que jamais d'actualité.

⁸² En 2014-2015 et pour un montant de 20 013 € en 2016 sur un total de frais d'avocats de 22 513 €.

⁸³ En décembre 2015, le secrétaire général considérait que « les outils de trésorerie sont valables, les personnels sont compétents » et confirmaient selon lui « la bonne gestion de notre institution ».

c) Un cadre comptable incomplet posé par le Conseil national

À la veille de l'entrée en vigueur de l'obligation légale d'établir des comptes combinés à compter de 2019, les instructions comptables adressées par le Conseil national à chaque conseil sont très insuffisantes au regard des enjeux qui s'attachent à l'homogénéité et à la fiabilité des comptes appelés à être intégrés dans le périmètre de combinaison. Le support de comptabilité qui a été diffusé est à la fois incomplet, partiel et imprécis⁸⁴.

L'ordre n'a achevé le déploiement d'un logiciel comptable unique qu'en 2018. Pour autant, l'absence d'interface avec l'applicatif de gestion du tableau oblige à une double saisie des encaissements⁸⁵ qui favorise les incohérences. L'absence d'états de rapprochement entre les données des deux applications ne permet pas en outre de garantir la complétude et l'exactitude des écritures comptables relatives aux cotisations.

2 - De multiples désordres dans les comptes locaux

En l'état actuel, les comptes de l'ordre ne sont pas en état d'être combinés.

a) Des comptes incomplets ou entachés de nombreuses erreurs

Sur un ou plusieurs exercices de la période contrôlée, certains conseils n'ont pas été en mesure de présenter leurs comptes à la Cour, non plus que les pièces justificatives, talons de chèques, relevés bancaires.

De fréquentes disparitions de documents comptables

Dans sept conseils, la Cour a constaté l'absence ou la disparition des grands livres et balances.

Elle a constaté également la destruction de l'ensemble des documents comptables et administratifs antérieurs à 2016 dans un conseil du Sud de la France⁸⁶ et la disparition de nombreuses pièces justificatives dans trois conseils.

⁸⁴ Il ne traite pas des méthodes d'estimation des dépréciations et des provisions pour risques et charges, ni des méthodes de comptabilisation de l'entraide versée aux médecins et à leurs ayants droits. Il est partiel s'agissant des actifs immobilisés et imprécis quant à l'estimation des cotisations restant à recouvrer.

⁸⁵ Sauf pour les paiements dématérialisés, qui ne nécessitent qu'une seule saisie manuelle dans SAGE, le logiciel de gestion comptable de l'ordre.

⁸⁶ Par courrier du 4 octobre 2018, son président a indiqué à la Cour : « A l'occasion de la recherche des pièces demandées, nous avons découvert la disparition de l'ensemble des documents comptables et administratifs antérieurs à l'année 2016. Ayant contacté la secrétaire en fonction à l'époque, celle-ci nous a indiqué avoir détruit l'ensemble des pièces avant son départ ». Cette salariée avait en effet détruit toutes les pièces comptables (grands livres, factures, talons de chéquiers) antérieures à 2015, alors que le code de commerce fait obligation à tout organisme de conserver ces pièces pendant dix ans. La disparition des pièces a été constatée lors du contrôle de la Cour.

Lorsqu'ils sont présents, les comptes comportent fréquemment des erreurs, dont les plus répandues concernent les écritures de bilan, de résultat et de report à nouveau, ainsi que les écritures relatives aux immobilisations, souvent parcellaires et parfois très éloignées des règles comptables⁸⁷.

Au bilan de nombreux départements, le résultat de l'exercice reporté dans les comptes de gestion ne correspond pas à celui calculé à partir des balances. La variation du report à nouveau d'une année sur l'autre ne correspond pas à l'affectation du résultat. Les montants de ces écarts peuvent dépasser 100 000 €⁸⁸. Par ailleurs, en contravention avec les règles comptables⁸⁹, les terrains font souvent l'objet d'un amortissement en même temps que les constructions, ce qui a pour effet de minorer la valeur de l'actif net de l'ordre.

En matière de placements financiers, des anomalies ont également été décelées. Au conseil de La Réunion, ils apparaissent au bilan l'année de leur souscription puis disparaissent sans raison. Ainsi deux comptes de dépôt à terme (DAT) de 100 000 € au total, souscrits en 2011, ont été inscrits à l'actif du bilan 2011 mais ont disparu de l'actif les années suivantes, alors même qu'ils n'ont été clôturés qu'en 2013 pour l'un et 2014 pour l'autre.

b) Des comptes délibérément faussés

Dans plusieurs conseils départementaux, la comptabilité est non seulement incomplète et entachée d'erreurs mais également émaillée d'écritures délibérément faussées. C'est le cas des conseils départementaux de l'ordre de La Réunion et du Pas-de-Calais.

Dans le premier conseil, le processus d'engagement de la dépense contrevenait jusqu'en 2018 aux règles de séparation entre la personne qui décide la dépense et celle qui en assure le règlement. Un ancien président a ainsi pu signer seul des chèques à son nom en règlement de ses indemnités et de divers frais. La chaîne de validation de la dépense présentait de graves anomalies : les fonctions de saisie des écritures comptables et de paiement étaient confiées à la même personne ; l'ancien trésorier signait ainsi des chèques en blanc pour la secrétaire comptable, sans contrôler l'usage qu'elle en faisait.

⁸⁷ Le Conseil national a ainsi imposé à un conseil départemental d'inscrire à son bilan la valeur d'achat de ses nouveaux locaux (563 303 €), nette du produit de la revente des anciens locaux (245 000 €). L'erreur n'a été rectifiée qu'en 2012, cinq ans après l'acquisition.

⁸⁸ C'est, au vu des investigations de la Cour, le cas d'au moins quatre conseils départementaux et régionaux entre 2011 et 2014.

⁸⁹ La comptabilisation des actifs immobiliers par composant est une obligation qui découle du règlement du CRC n° 2002-10.

Rien n'était mis en place pour empêcher ni même détecter les détournements auxquels se sont livrés successivement plusieurs salariées entre 2014 et 2018, pour un montant total supérieur à 130 000 €.

Le mode opératoire utilisé par chacune de ces salariées était le même : elles s'établissaient des chèques à elles-mêmes, utilisant notamment les chèques en blanc laissés par le trésorier, et passaient au grand livre des écritures tendant à camoufler en frais de voyages, en règlement de prestataires ou en indemnités versées à des élus, les détournements opérés.

L'incurie du contrôle a d'ailleurs permis que l'une de ces salariées continue à établir des chèques à son nom pendant son absence de plusieurs mois, sans que quiconque s'en aperçoive. Des chèques de cotisations adressés à l'ordre par des médecins ont également été détournés. L'encaissement des cotisations souffrait des mêmes faiblesses : non seulement des sommes d'argent en liquide ont disparu du coffre-fort en 2018⁹⁰, mais 82 chèques de cotisations non encaissés depuis plusieurs mois y ont également été trouvés par les rapporteurs lors du contrôle de la Cour (pour plus de 27 000 €).

Des faits similaires ont été constatés dans le conseil départemental du Pas-de-Calais.

Des détournements de fonds répétés au CDOM du Pas-de-Calais

Dans un contexte où le président alors en fonction avait procédé à des détournements pour son compte⁹¹, une première salariée a détourné des sommes à son profit de 2008 à 2011, date à laquelle les faits ont été découverts. Aucune action pénale ni disciplinaire n'a été intentée, aucune procédure de licenciement n'a été engagée ni aucune mention portée à son dossier.

⁹⁰ Plusieurs enveloppes censées contenir des sommes en liquide pour des montants explicitement mentionnés ont été découvertes par la Cour en grande partie vidées de leur contenu.

⁹¹ Les élus du conseil avaient accordé jusqu'en 2011 à leur président, des prêts « d'honneur » et des « avances », pour un montant total dépassant 120 000 €. La dette de cet élu ordinal, condamné au pénal pour abus de confiance à l'encontre de l'ordre puis radié définitivement par la chambre disciplinaire en 2013, n'a été apurée qu'en mars 2013.

En avril 2011, il lui restait encore à rembourser près de 46 000 €. Elle a alors perçu de l'ordre, en plus de son salaire, une somme présentée comme une prime de « départ en retraite » d'un montant de 43 500 €⁹² sans pour autant cesser son activité. Elle a en effet continué à travailler pour l'ordre, pour le même salaire, jusqu'en mars 2012. En définitive, tout s'est passé comme si, pour lui permettre de rembourser les sommes détournées à son profit, les élus ordinaires avaient décidé de lui octroyer, sous couvert d'un départ en retraite fictif, une indemnité – à laquelle elle ne pouvait prétendre – d'un montant correspondant approximativement au solde des sommes restant à rembourser. Les élus du bureau ont donc organisé ou couvert ces agissements.

Une autre salariée du même conseil a commis des détournements à son profit pour près de 39 000 €, à la suite desquels elle a été licenciée pour faute grave en août 2012, puis condamnée à 6 mois de prison avec sursis par le tribunal correctionnel en 2016 pour abus de confiance, à la suite d'une plainte déposée par le CNOM. Le conseil départemental, quant à lui, n'a pas estimé devoir porter plainte.

Le contrôle de la Cour a mis en évidence que cette salariée avait également détourné des chèques, jusqu'à son licenciement, au profit d'une ancienne salariée, pour un montant d'au moins 19 000 €. Ces détournements étaient faussement enregistrés, dans les comptes, comme règlements de la taxe sur les salaires ou cotisations URSSAF.

Ainsi, dans les deux départements, l'absence de tout contrôle de la part des élus, notamment du président et du trésorier, a permis à des salariées d'établir une comptabilité délibérément faussée ainsi que des chèques et des virements, en leur faveur ou celle de proches, au détriment de l'ordre.

La désignation d'un expert-comptable dans chaque conseil local, la transmission périodique au Conseil national des pièces justificatives de dépenses des conseils locaux, une séparation stricte entre la personne qui décide d'une dépense et celle qui en assure le règlement et la généralisation des paiements par virement avec signature électronique obligatoire du trésorier constituent des voies prioritaires de redressement de ces situations dégradées.

⁹² Ce montant ne correspond en rien au montant auquel elle pouvait prétendre en application de la convention collective qui se montait à 14 337 €.

III - Une gestion dispendieuse

L'ordre des médecins dispose de ressources abondantes, supérieures à ses besoins. L'analyse des encaissements de cotisations, des réserves et des disponibilités montre que l'institution est prospère. Combinée à de grandes faiblesses managériales, organisationnelles et comptables ainsi qu'aux insuffisances du contrôle interne, cette situation a favorisé des pratiques contestables. Celles-ci se matérialisent par des avantages indus accordés à des conseillers ou des salariés, par une entraide parfois détournée de son objet social, voire abusive, et par une politique d'achat peu rigoureuse.

A - Des dépenses mal contrôlées, parfois irrégulières

1 - Des dépenses déraisonnables, parfois étrangères aux missions de l'ordre

Nombreux sont les conseils dont les comptes retracent des dépenses sans rapport avec leurs missions de service public.

a) Des dépenses de communication pas toujours effectuées à bon escient

Les dépenses de communication du Conseil national ont été multipliées par 2,6 sur la période, passant de près de 1,5 M€ en 2011 à près de 4,1 M€ en 2017. Un tiers de ces dépenses est consacré au congrès annuel de l'ordre, qui rassemble près de 1 000 personnes.

À cela s'ajoute le coût du bulletin d'information national (diffusé en version papier à l'ensemble des médecins inscrits au tableau) pour 1,3 M€ en moyenne et des bulletins papier encore édités par une quarantaine de conseils départementaux en 2017, pour environ 420 000 €. Au total donc, l'ordre dépense chaque année plus de 1,7 M€ pour des bulletins dont la diffusion par courrier n'apparaît plus nécessairement adaptée. Une diffusion par courriel suffirait à garantir la correcte information des professionnels et serait source d'économie.

La qualité des contenus publiés par certains conseils est par ailleurs extrêmement variable et a pu donner lieu à des dérives, comme en Loire-Atlantique ou dans l'Hérault.

Des expressions publiques inappropriées en Loire-Atlantique et dans l'Hérault

Le bulletin du conseil de l'ordre de Loire-Atlantique, « Loire Océan médical », publiait jusqu'à une date récente, non seulement des articles professionnels et des comptes rendus sur l'activité du conseil mais aussi des billets d'humeur rédigés par l'un des vice-présidents, signé « Provocatrix ».

Ces billets d'humeur, supprimés depuis peu du site du conseil départemental, prenaient la forme de pamphlets à connotation politique, fort éloignés de la déontologie dont l'ordre est censé être le garant. Ils visaient le gouvernement en général et la ministre chargée de la santé en particulier et étaient régulièrement assortis de dessins caricaturant les acteurs publics visés. Ils contenaient de virulentes critiques non seulement de la politique de santé mais aussi de la politique de sécurité routière ou de la politique fiscale du gouvernement.

La lettre du conseil de l'ordre de l'Hérault de mai 2013 contenait, quant à elle, un billet signé du président en fonction à l'époque, contre lequel le Conseil national a porté plainte devant la chambre disciplinaire en raison du caractère homophobe, anti procréation médicalement assistée (PMA), empreint de vulgarité et peu respectueux des règles de déontologie.

Il est primordial en revanche que l'ordre devienne un relais fiable et rapide des pouvoirs publics pour la diffusion des messages d'informations à caractère sanitaire, comme l'est l'ordre des pharmaciens. Depuis 2016, les médecins ont obligation légale de déclarer à l'ordre une adresse électronique afin d'être tenus informés des messages diffusés par les autorités sanitaires. Le recueil des adresses électroniques n'a été mis en œuvre par l'ordre qu'au début de l'année 2018.

b) D'autres dépenses contestables

Il n'est pas rare que les conseils territoriaux de l'ordre prennent en charge directement, sur leurs ressources, des achats de cadeaux au personnel ou aux élus ordinaires, à l'occasion de naissances, mariages, départs en retraite ou anniversaires. En conséquence, toutes sortes de dépenses, se situant hors du champ des missions ordinaires, sont réglées grâce aux cotisations des médecins. Il s'agit de cadeaux destinés aux élus ordinaires ou à leur famille, allant de places d'opéra à des coffrets-voyage en passant par des stylos de marque mais aussi de cadeaux divers offerts aux salariés, comme un vélo d'une valeur de 2 000 €, financé à 80 % par le conseil de Loire-Atlantique à une salariée pour son départ en retraite.

Même si les montants ne sont pas très élevés, ces dépenses témoignent d'une insuffisante rigueur dans la gestion des deniers de l'ordre. Il n'est pas dans ses missions de prendre en charge des dépenses qui incomberaient, partout ailleurs, aux personnes physiques concernées et non à la personne morale qui les emploie.

2 - Une entraide généreuse, très hétérogène et parfois versée à tort

L'ordre des médecins a, comme les autres ordres des professions de santé, la faculté d'organiser toutes œuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droits.

Le Conseil national s'est doté à cet effet d'une commission d'entraide composée de sept membres⁹³, qui examine les demandes d'entraide émanant des médecins ou de leurs ayants droit ainsi que des conseils départementaux. Les montants versés par cette commission ne retracent cependant pas l'entraide totale allouée par l'ordre. Tous les conseils départementaux en effet consacrent une partie de leur budget à l'entraide, dans des proportions très variables.

Le montant annuel total consacré à l'entraide n'est pas connu. Sur la période 2015-2017, il est en tout état de cause supérieur à 1 M€ (dont un quart versé par le Conseil national) selon les estimations auxquelles a procédé la Cour.

a) Des pratiques d'entraide hétérogènes et sans justificatifs

Aucune règle n'était fixée jusqu'en 2019 quant aux conditions à remplir pour bénéficier de l'entraide, aux montants maximum qui pouvaient être alloués ou aux types de pièces justificatives qui devaient être jointes à la demande⁹⁴. Par conséquent il existait jusqu'à cette date une grande hétérogénéité, voire une grande iniquité, dans la manière dont les dossiers étaient instruits selon les départements.

⁹³ Elle peut s'adjoindre jusqu'à cinq membres ayant voix consultative. Siègent ainsi actuellement l'Aide aux familles et entraide médicale (AFEM), le groupe Pasteur Mutualité (GPM), le fonds d'action sociale de la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) et le Conseil national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG).

⁹⁴ À l'exception du conseil départemental de l'ordre de Paris.

Non seulement les montants alloués variaient du simple au décuple pour un même type de dossier selon les départements (400 à 500 € en Loire-Atlantique contre 4 000 à 5 000 € dans l'Hérault), mais les règles d'attribution de l'aide étaient très diverses entre conseils voire au sein d'un même conseil. De nombreux dossiers ont fait l'objet d'une instruction sommaire et ne comportaient aucune pièce justificative⁹⁵, ce qui conduit à s'interroger sur le bien-fondé des versements effectués.

b) Des aides injustifiées

Dans de nombreux des cas, l'aide a été versée à des médecins qui n'avaient pas réglé leurs cotisations à la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) et devaient faire face – en raison de maladie ou d'accident – à de graves difficultés financières, la caisse refusant de leur verser des indemnités journalières ou une pension d'invalidité.

Le conseil départemental se substitue alors au praticien défaillant en lui permettant de régler ses arriérés de cotisations. C'est le cas pour deux médecins de La Réunion, dont l'un a reçu 8 000 € du conseil départemental, alors même que le Conseil national lui avait refusé le bénéfice de l'entraide en raison de ses arriérés auprès de la CARMF.

Autre exemple de justification incertaine, à La Réunion également, un médecin, qui purgeait une peine de prison à la suite de sa condamnation à 12 ans de réclusion criminelle pour viol sur mineur, a bénéficié en décembre 2013⁹⁶ d'une aide de 3 000 € « pour ses enfants », versée par le conseil départemental.

c) Des prêts irréguliers accordés à des médecins

Ignorant les dispositions du code de la santé publique qui réservent aux seuls médecins inscrits au tableau et à leur famille le bénéfice de l'entraide, plusieurs conseils ont accordé des aides financières à des médecins radiés ou non-inscrits. C'est le cas dans le Rhône en 2016, pour un médecin radié en 2010, en Mayenne en 2016 pour un médecin radié la même année, et au Conseil national en 2017 pour un médecin ayant reçu notification d'un refus d'inscription.

⁹⁵ L'examen d'une trentaine de dossiers traités, entre 2011 et 2017, par sept conseils départementaux montre qu'une majorité de dossiers sont acceptés malgré le caractère très incomplet, la rareté ou l'incohérence des pièces justificatives. Certains conseils, comme celui de l'Hérault, ne demandent jamais l'avis d'imposition. Le montant de l'aide n'est, de ce fait, pas fonction de la situation financière du demandeur ou de ses ayants droit.

⁹⁶ Sa radiation de l'ordre n'a été prononcée qu'en 2015.

Par ailleurs, des prêts ont été consentis, dans quatre au moins des départements contrôlés, à des médecins, parfois même à des élus ordinaires, dans des conditions irrégulières.

S'il ne semble pas interdit à l'ordre, en principe, de consentir des prêts, au titre de l'entraide, à des médecins en difficulté, encore faut-il que ces prêts revêtent un caractère social⁹⁷. À défaut, ils sont irréguliers et l'ordre en avait conscience. C'est ce qui ressort d'un courrier adressé en 2018 par le conseil de l'Hérault à un médecin tardant à rembourser un prêt de 8 500 € accordé en septembre 2017 : « Je me permets de vous rappeler que ce prêt est totalement illégal [...]. C'est pourquoi je vous prie de bien vouloir procéder à son remboursement dans les meilleurs délais ».

Dans les faits, les conseils départementaux n'adoptent pas toujours les mesures de suivi nécessaires à une gestion rigoureuse des encours : les motifs des prêts sont rarement précisés, les échéanciers ne sont pas toujours respectés ni même établis. Ainsi dans l'Hérault, sur quinze prêts consentis entre 2011 et 2017, douze ne comportent pas de motif, trois ne comportent pas d'échéancier, un comporte un échéancier établi un an après l'octroi du prêt, et au moins quatre n'ont pas été remboursés dans les délais.

Enfin, plusieurs conseils départementaux ont accordé des prêts à des élus ordinaires pour des motifs qui relevaient, à l'évidence, davantage du service amical rendu à un pair que de l'aide sociale octroyée à un confrère dans le besoin.

Le conseil de l'Hérault a ainsi octroyé en 2013 à une élue ordinaire, suite au cambriolage de son domicile, un prêt d'un montant de 10 000 €, versé en août. Le contrat de prêt a été établi postérieurement à la date de remise du chèque. Le dernier remboursement a eu lieu en octobre 2017, soit trois ans après la date prévue à l'échéancier initial et deux ans après la date prévue à l'échéancier renégocié.

Le même conseil a décidé, en mai 2015, d'accorder à son ancien président, en fonction de 2009 à 2015, un prêt de 3 500 €, destiné à financer ses frais d'avocat, dans une affaire de manquement à la déontologie l'opposant au CNOM. Pour plus de discrétion, la décision d'accorder ce prêt a été prise par un « bureau restreint » de trois personnes. Le prêt a ensuite été transformé en don par décision du conseil départemental en juin 2016.

⁹⁷ Article L. 511-6 du code monétaire et financier.

B - Des politiques d'achat et de gestion immobilière peu rigoureuses

1 - Une politique d'achat non maîtrisée, sans supervision ni suivi

À compter du 1^{er} janvier 2020, les ordres devront respecter les principes de liberté d'accès à la commande, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures définis par l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.

L'examen des achats effectués par le CNOM montre l'ampleur des réformes à mener à bien d'ici là pour définir une politique d'achats et en fixer les procédures. Le Conseil national ne connaît ni le nombre ni le montant de ses engagements vis-à-vis de ses fournisseurs et de ses prestataires. Les contrats, conventions, marchés, ne sont ni recensés, ni centralisés. Les conditions d'achats au sein de l'ordre suscitent de nombreuses questions.

2 - Des consultations d'entreprises plus formelles que réelles

Quoique n'y étant pas astreint formellement par les textes, le CNOM a consulté plusieurs entreprises pour la fourniture de certaines prestations. L'exemple ci-après montre néanmoins que cette consultation n'a été organisée que dans le but de confirmer le choix du prestataire déjà pressenti, associé qui plus est à la définition des besoins.

Choix du fournisseur de logiciel des chambres disciplinaires de première instance (CDPI)

Lors de la réunion du bureau du 24 novembre 2011 examinant les offres des différents prestataires, le secrétaire général du CNOM indique que « la Direction du système d'information (DSI) du Conseil national a lancé une consultation pour la réalisation d'une application permettant la gestion des plaintes auprès des CDPI. (...) À la clôture de la procédure le Conseil national a reçu cinq offres. La DSI préconise de retenir la société X qui en outre dispose d'un avantage concurrentiel puisque c'est elle qui a réalisé les études initiales et qui a participé à la rédaction du cahier des charges support de l'appel d'offres. Le Bureau donne son accord. »

Sur la période 2011-2017, cette société a perçu 1 806 000 € du CNOM.

Les marchés passés à l'occasion de l'aménagement dans les locaux du nouveau siège (rue Léon Jost dans le 17^{ème} arrondissement de Paris) illustrent eux aussi, avec un degré de gravité supplémentaire, les défaillances dans ces procédures d'achat et les conséquences financières qu'elles ont eues pour l'ordre.

3 - Les marchés passés pour l'aménagement du siège du CNOM

L'aménagement du nouveau siège a en effet donné lieu à des travaux importants. Leur coût total n'a pas été maîtrisé, ni même arrêté de façon précise jusqu'au contrôle de la Cour. Le dossier de l'aménagement et de l'équipement audio-vidéo de la salle du conseil illustre en particulier la faiblesse de l'analyse des besoins, l'absence de mise en concurrence, les lacunes de la contractualisation et du suivi de l'exécution, le désengagement des élus du bureau.

L'entreprise chargée de cette prestation a perçu, entre 2016 et 2018, 2,1 M€ sans qu'aucune décision du bureau ou de l'assemblée du Conseil national ait été prise de lui confier ce chantier. Ni le choix de la société, ni le type d'équipement souhaité, ni le coût du projet n'ont été discutés au sein du bureau.

Un cahier des charges a été co-rédigé avec le futur prestataire début 2017. Ce document, qui n'a pas été publié ni diffusé, ne donne à la procédure que l'apparence d'une consultation en bonne et due forme. Les développements relatifs à la cotation des offres et aux critères de pondération des candidats qu'il contient visent seulement à créer une illusion de mise en concurrence et de transparence.

La contractualisation avec la société prestataire n'a pas davantage été formalisée. Le CNOM n'a pu fournir ni contrat, ni pièce valant acte d'engagement sur une offre précise et détaillée de fournitures et de pose de matériels et d'équipements. 2,1 M€ ont été réglés à cette société sur la base de 72 devis établis entre novembre 2016 et mai 2018, dont six seulement ne présentent pas d'anomalies⁹⁸.

Au surplus, l'inventaire ne permet pas l'identification des matériels achetés et leur positionnement physique au siège de l'ordre. Les équipements de la salle du conseil ont été portés globalement en immobilisations dans les comptes.

⁹⁸ Dans 68 % des opérations, la facture a été émise avant ou en l'absence de « bon pour accord ». Dans 21 dossiers, toutes les opérations sont datées du même jour : le devis, la demande d'autorisation de dépense, le bon pour accord et la facture.

4 - L'immobilier du Conseil national : des cessions engendrant des plus-values en trompe l'œil

Le Conseil national était installé, jusqu'à son départ pour le quartier du parc Monceau en 2017, dans différents locaux du boulevard Haussmann⁹⁹.

Afin de mener à bien et de financer, pour partie, son projet de déménagement et de regroupement de ses services dans son nouveau siège, le Conseil national a vendu les actifs qu'il possédait boulevard Haussmann. Malgré la présentation flatteuse qui en est faite dans les comptes rendus des instances de l'ordre en raison d'une plus-value de près de 100 % sur l'actif le plus important (soit 14,5 M€), ces ventes n'ont pas toutes permis de dégager des plus-values. La vente d'un de ces locaux, situé au n° 178 de ce boulevard s'est même soldée par une perte importante.

L'assemblée plénière de l'ordre a en effet entériné en décembre 2011 le projet d'achat d'un local commercial en rez-de-chaussée du 178, boulevard Haussmann.

Ce local et ses annexes (cave, garage et parking) ont coûté 1 607 500 €. Le CNOM a acquitté pour le seul local commercial, d'une surface de 62,7 m²¹⁰⁰, un prix de 18 899 € le m².

Ce local a été revendu en 2017. Contrairement à la présentation qui en est faite devant le bureau en janvier 2017, il ne s'agit pas d'« une excellente opération immobilière qui sera concrétisée lorsque le Conseil national aura déménagé rue Léon Jost ». La plus-value réalisée sur la vente des locaux adjacents du n° 180¹⁰¹ masque en réalité la perte importante réalisée sur celle du n° 178. L'ordre a en effet cédé pour 800 000 € le bien acheté cinq ans plus tôt 1,6 M€.

Par ailleurs, en mai 2008, le CNOM avait acquis un appartement au 2^{ème} étage du 170 boulevard Haussmann pour un prix 3 287 700 €, dont il s'est également dessaisi à l'occasion du transfert rue Léon Jost.

⁹⁹ Locataire de deux appartements au n° 178 ; propriétaire depuis 2003 d'un immeuble au n° 180 ; propriétaire au n° 170 d'un appartement acheté en 2008 et transformé en bureaux ; propriétaire depuis 2012, en rez de chaussée du n° 178, d'un local commercial transformé en bureaux.

¹⁰⁰ Selon le métrage réalisé le 3 février 2015.

¹⁰¹ Acheté en 2003 à 15,5 M€, il a été revendu en 2017 pour 31 M€.

Bien qu'ayant reçu¹⁰² une proposition d'achat pour 3 450 000 €, le président a obtenu une autorisation pour signer un compromis de vente pour 3 340 000 €, soit 110 000 € de moins que l'offre d'achat initiale. La plus-value sur ce bien acquis en 2008 ne s'est par conséquent élevée qu'à 52 300 €.

L'appréciation portée par le Conseil national¹⁰³ sur l'ensemble des opérations : « Nous réalisons une plus-value immobilière significative grâce à nos prédécesseurs que nous devons remercier d'avoir acheté les différents espaces qui se sont accumulés (180, 178 et 170) » doit donc être nuancée. Si grâce à la vente du n° 180 la plus-value globale est proche de 15 M€, le n° 170 n'a permis qu'une faible plus-value et le n° 178 a correspondu à une moins-value de 800 000 €.

5 - Dans les conseils locaux, des achats immobiliers permis par des réserves confortables, sans stratégie d'ensemble

La Cour a constaté que de nombreux conseils locaux avaient, avec l'appui du Conseil national, procédé à des acquisitions immobilières coûteuses, choisissant d'utiliser ainsi des réserves abondantes.

a) Des achats parfois coûteux, doublés d'aménagements dispendieux

Si certains des conseils contrôlés sont installés dans des locaux standards et conformes à ce qu'on peut attendre d'un bâtiment accueillant du public, comme dans l'Indre, l'Yonne ou la Seine-Saint-Denis, d'autres sièges apparaissent somptueux. Outre le conseil départemental des Bouches-du-Rhône, qui exerce ses missions 555 avenue du Prado dans la villa « Nadar »¹⁰⁴, le conseil régional de l'ordre de PACA (trois salariées) a acheté en 2012, sur les hauteurs de Marseille, une villa avec vue dégagée de 318 m² avec un jardin et une piscine pour 1 700 000 € et y a engagé des travaux d'aménagements pour près de 1 150 000 €¹⁰⁵.

¹⁰² PV de la session des 30 et 31 mars 2017.

¹⁰³ PV de la session des 15 et 16 juin 2017.

¹⁰⁴ La restauration de cette villa a été particulièrement coûteuse en raison du classement d'une partie du bâtiment comme « monument remarquable ». Le coût des travaux a aussi été majoré par l'utilisation de marbre, de mobilier de prix (pour plus de 120 000 €) et par le comblement de la piscine de la villa. De plus, au fond du jardin, des locaux sont laissés à l'abandon.

¹⁰⁵ Dont 72 000 € de travaux de réfection de la piscine. Le conseil régional élu en février 2019 a indiqué souhaiter quitter ces locaux.

Le conseil départemental des Alpes-Maritimes a de son côté acheté des locaux qu'il laisse inutilisés : en 2014 un deux-pièces de 46 m² pour 220 000 €, puis en 2015, un studio de 35 m² pour 130 000 €.

L'abondante trésorerie disponible au sein de certains conseils locaux permet la réalisation d'opérations immobilières sans recourir à l'emprunt ou de façon accessoire. Cette facilité à mobiliser des ressources propres fait perdre de vue à certains conseils la recherche de l'investissement le plus efficient pour l'ordre.

Photo n° 1 : locaux du CDOM de l'Indre



Source : Cour des comptes

Photo n° 2 : locaux du CDOM des Bouches-du-Rhône



Source : Cour des comptes

Photo n° 3 : locaux du CROM de Provence-Alpes-Côte d'Azur



Source : Google Maps

*b) Des achats subventionnés par le Conseil national
et fréquemment réalisés auprès de professionnels de santé*

L'importance des subventions accordées par le CNOM pour compléter les financements propres ou bancaires contribuent à déresponsabiliser certains conseils locaux qui sur-dimensionnent leurs projets immobiliers.

Les critères d'attribution de ces aides nationales, en théorie fondés sur la règle des trois tiers¹⁰⁶, sont en réalité à géométrie variable.

L'acquisition, au prix fort, de biens de prestige, engage durablement les ressources de l'ordre sans garantie de plus-value à la revente comme l'ont montré notamment certaines opérations immobilières du Conseil national.

La fréquence des achats réalisés auprès ou en faveur de professionnels de santé – et non de professionnels de l'immobilier – pose en outre un problème de fond quant au juste prix, payé ou reçu. Un conseil départemental du sud de la France, représenté par son président, a ainsi conclu l'achat, en 2006, d'un appartement de 74 m² pour le prix de 170 000 €. Or, le vendeur était une SCI détenue par le président lui-même et son épouse.

Sur les 46 opérations dont les actes notariés ont pu être consultés, le contrôle a en effet permis d'identifier 13 opérations d'achat ou vente par autant de conseils locaux à des professionnels de santé. L'achat et l'aménagement des locaux de l'ordre à La Réunion en sont l'illustration.

La politique immobilière de l'ordre à La Réunion

À La Réunion, le conseil départemental et le conseil interrégional de l'ordre partagent des locaux en copropriété, via une SCI.

Les erreurs relevées dans les baux conclus entre cette SCI et les deux conseils pour une durée de 15 ans (surfaces erronées, montant des loyers mentionnés ne correspondant pas aux montants acquittés) ont conduit la Cour à analyser l'ensemble de l'opération d'acquisition et d'aménagement de ces locaux.

¹⁰⁶ « Elles sont basées sur la « règle » du : un tiers, un tiers, un tiers. C'est-à-dire que le Fonds d'harmonisation accorde un tiers du montant du financement, un tiers est basé sur les fonds propres qu'apporte le [conseil départemental] et un tiers est basé sur de l'emprunt » (source : procès-verbal de la session du CNOM des 10-11 octobre 2013).

Il en ressort que les locaux occupés par l'ordre ont été acquis en 2008 à la société LDI détenue par un médecin, le Dr L., pour un montant total de 822 250 €. Ni le projet immobilier lui-même, ni le choix d'un montage via une SCI n'ont été votés par les assemblées plénières des deux conseils.

Les locaux ont été achetés « bruts de décoffrage », les travaux d'aménagement intérieur étant laissés à l'initiative de l'acquéreur. Le CDOM a fait réaliser ces travaux par la société du Dr L.. Aux 660 000 € versés pour l'achat des locaux se sont donc ajoutés 162 250 € pour les aménagements, le tout au bénéfice du seul Dr L..

Depuis le contrôle de la Cour, le CDOM et le conseil interrégional ont confié la gestion de la SCI à un cabinet comptable, de façon à ce que soient revues les superficies et la répartition des frais de loyers, de charges et de remboursements de prêts.

Ces opérations font peser des interrogations sur les diligences faites par ces conseils pour trouver le bien répondant à leurs besoins au meilleur prix, ou l'acheteur le plus offrant dans le cas d'une revente. Lorsqu'au surplus les locaux achetés s'avèrent peu ou pas adaptés aux missions qui leur sont confiées (ne permettant pas notamment de disposer d'un espace suffisant pour recevoir les médecins en toute confidentialité), lorsque leur coût d'entretien est élevé ou la valeur à la revente potentiellement défavorable, l'ensemble de l'opération n'est pas justifiable.

L'opération de rachat par l'ordre, dans le département de la Seine-Saint-Denis, des parts de la SCI détenues par un syndicat en situation financière délicate relève d'un cas de figure similaire.

Le financement déguisé d'un syndicat en Seine-Saint-Denis

En 1984, le conseil départemental et le syndicat Union 93 ont acquis conjointement pour 1,5 MF (aujourd'hui estimée à 1,2 M€) une maison de 660 m² située à Villemomble (93) via une SCI commune.

Le syndicat détenait 25 % des parts de cette SCI (3 800 parts d'une valeur de 15,24 € sur un total de 15 000 parts). En 2015, pour aider l'Union 93 à faire face à des difficultés financières, le conseil de l'ordre a accepté de lui acheter 3 000 de ses parts au prix de 80 € l'unité, soit un total 240 000 €. Cette décision a été non seulement validée par le Conseil national mais également financée par lui, à hauteur de 80 000 €¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Extrait du PV du conseil du 24-25 septembre 2015 : « Le conseil accueille une union syndicale dans sa domus medica. Cette union ayant des difficultés financières est prête à vendre ses parts de la SCI pour 240 000 €. Le conseil demande le tiers de cette somme.

Ce rachat ne répondait à aucun besoin d'agrandissement des locaux du conseil de l'ordre.

C - Une gestion des ressources humaines peu encadrée

La gestion des ressources humaines est placée sous la responsabilité du secrétaire général du Conseil national, qui, assurant également l'ordonnancement des dépenses, jouit d'une très grande liberté d'action.

1 - Une forte croissance des effectifs

L'ordre des médecins comptait en août 2018, 583 salariés (en progression de 10 % en 7 ans) qui représentent 520 équivalents temps plein (ETP) : 128 travaillent au Conseil national, 346 dans les conseils départementaux et 46 dans les conseils régionaux.

L'augmentation de 26 % des frais de personnel entre 2011 et 2017 est largement tirée par la masse salariale du Conseil national qui a augmenté de 58 % en lien avec une hausse de 40 % de ses effectifs, passés de 90 à 128 ETP, hausse justifiée selon le Conseil national par l'extension de ses missions. En outre, l'utilisation des contrats à durée déterminée est fréquente.

Tableau n° 6 : évolution des frais de personnel 2011-2017

M€	2011	2017	Évolution 2017/2011
Conseil national	6,9	10,9	58 %
Conseils départementaux	16,5	18,7	13 %
Conseils régionaux	2,5	3,1	23 %
Total	26,0	32,6	26 %

Source : Cour des comptes d'après CNOM

La Commission [du fonds d'harmonisation] est d'accord pour les aider à hauteur de 80 000 € ».

2 - Une politique salariale hétérogène avec des niveaux de rémunération particulièrement élevés

a) Au Conseil national

La politique salariale du Conseil national est particulièrement avantageuse : les salaires sont élevés, les augmentations et les primes généreuses.

Le salaire brut annuel moyen au Conseil national est de 56 000 €¹⁰⁸ et la moyenne des dix rémunérations les plus élevées est de 100 000 € bruts¹⁰⁹ en 2017, c'est-à-dire proche de celle d'un PU-PH¹¹⁰ en milieu de carrière et supérieure de 50 % à celle d'un cadre¹¹¹. Le salarié le mieux rémunéré du Conseil national a perçu en moyenne 8 900 € nets par mois en 2017, ce qui le place 7 % au-dessus du seuil des 1 % de salariés les mieux rémunérés du secteur privé (8 280 € en 2015¹¹²).

À la rémunération de base s'ajoutent, en particulier pour les salariés de la direction informatique, des astreintes et des heures supplémentaires qui représentent un complément de salaire annuel de l'ordre de 8 000 € pour les intéressés. Le total des primes versées a beaucoup augmenté, passant de 10 900 € en 2011 à 54 200 € en 2018¹¹³.

¹⁰⁸ Soit 50 % de plus que le salaire moyen en France (35 976 € en 2015 selon l'INSEE), ce qui s'explique en partie par une part élevée de cadres et d'agents de maîtrise, un âge moyen de près de 44 ans et une ancienneté moyenne de 11 ans.

¹⁰⁹ 130 000 € pour la rémunération la plus élevée.

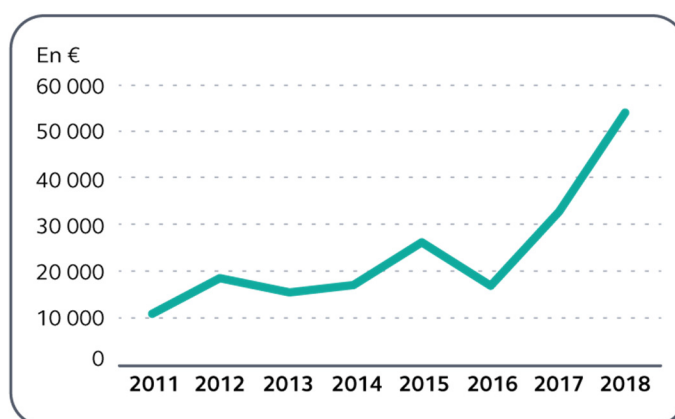
¹¹⁰ Professeur des universités-praticien hospitalier.

¹¹¹ Salaire moyen mensuel d'un cadre : 5 564 € (source INSEE et DADS, données 2015 publiées en 2017).

¹¹² Source : INSEE Première n° 1738, février 2019.

¹¹³ Le niveau exceptionnel des primes 2018 étant expliqué par le déménagement du siège du CNOM. Trois des cadres les mieux rémunérés ont perçu une prime exceptionnelle de 7 000 € début 2018.

Graphique n° 9 : évolution des primes au CNOM entre 2011 et 2018



Source : CNOM, graphique Cour des comptes

Les fiches de poste sont rares et les salariés ne sont pas évalués de manière formalisée chaque année. De ce fait, les augmentations peuvent être décorréélées des résultats ou de l'attitude au travail des salariés. Ainsi, un salarié, mis à pied pendant trois jours en raison de manquements, a reçu l'année suivante une prime exceptionnelle de 1 500 €.

b) Dans les conseils départementaux et régionaux

En l'absence de convention collective applicable à tous, les niveaux de rémunération sont disparates et globalement moins attractifs qu'au Conseil national. Certains salariés sont ainsi moins bien rémunérés que leurs homologues d'autres conseils, voire moins que ce que préconise le Conseil national. Dans un département de taille importante, le salarié en charge des relations médecins-industrie a été embauché au salaire de 1 600 € alors que la rémunération minimum recommandée par le CNOM pour un niveau brevet de technicien supérieur (BTS) était de 1 825 € en 2015.

À l'inverse, nombreux sont les conseils qui servent à leurs salariés des rémunérations excessives compte tenu de leurs responsabilités et de leur niveau de diplôme ou d'expérience. Dans un conseil régional du sud de la France, la greffière perçoit 85 277 € bruts, contre environ 25 000 € pour ses collègues. Elle bénéficie en outre, comme les autres salariés de ce conseil, d'une prime d'ancienneté qui majore de 18 % son salaire, d'un 13^{ème} mois, d'une prime de « vacances » versée en juin pour 2/3 du salaire brut mensuel avec ancienneté et d'une prime de novembre pour 3/4 du salaire brut sans ancienneté.

Enfin, en matière de revalorisation salariale, il existe autant de cas de figure que de conseils. Dans le département du Bas-Rhin, les salaires augmentent depuis 1999 de 1 % au 1^{er} janvier et de 1,5 % au 1^{er} juillet ; le conseil départemental de l'Aveyron a fait preuve de plus d'inventivité, en indexant certains salaires sur la cotisation ordinale, avec toutefois un plancher d'augmentation garantie de 3 %¹¹⁴.

En dépit de rémunérations attractives servies dans les plus gros conseils départementaux, le niveau des personnels est souvent insuffisant pour faire face correctement aux missions de service public, qui requièrent de réelles compétences juridiques. Ainsi, le conseil de l'ordre de Paris a-t-il versé, en 2017, 181 468 € d'honoraires à une avocate chargée d'assurer une permanence juridique et déontologique, de le représenter devant les juridictions disciplinaires, de rédiger des articles dans le bulletin du conseil départemental et d'assister à diverses réunions.

3 - Un manque de professionnalisme de la gestion des ressources humaines

a) Des ruptures conventionnelles coûteuses

Le Conseil national assortit les licenciements, quel qu'en soit le motif, du versement d'indemnités de rupture conventionnelle généreuses. Au total, sur la période contrôlée, plus de 540 000 € d'indemnités de départ¹¹⁵ ont été versées, allant de 27 000 € à 135 000 € par salarié.

Ainsi une salariée licenciée en 2018 pour son « incapacité à travailler en équipe », a perçu, outre ses indemnités de licenciement, un « complément d'indemnité » et des « dommages-intérêts » à hauteur de 81 000 €, portant le total des indemnités versées à 110 000 € nets, soit près de 18 mois de salaire.

b) Des licenciements abusifs

À l'inverse, certains conseils départementaux ont pu, dans de rares cas, procéder à des licenciements injustifiés, sans les assortir du versement de dommages-intérêts, sauf en y étant contraints par décision de justice.

¹¹⁴ Au cours des trois dernières années, la clause de progression des salaires quoiqu'inscrite dans les contrats des salariés n'a, selon le conseil, pas été appliquée et la progression s'est limitée à 2,8 % en 2016, 2,5 % en 2017 et 1 % en 2018.

¹¹⁵ Hors départs à la retraite, hors cotisations et contributions.

Ainsi une secrétaire administrative du Pas-de-Calais, licenciée en 2014 du fait de son absence prolongée pour raison de santé¹¹⁶, a contesté son licenciement devant les prud'hommes et obtenu gain de cause, le conseil de l'ordre ayant été condamné en appel à lui verser 15 000 € de dommages et intérêts. Le conseil départemental de l'ordre, lié pourtant par contrat avec un avocat, s'est donc risqué, sans plus d'analyse juridique, à prononcer un licenciement manifestement entaché d'irrégularité, qui l'exposait à un contentieux dont il pouvait facilement s'apercevoir qu'il serait perdu.

c) Dans le sud de la France, l'absence de contrôle sur des salariées présentes pendant plus de 35 ans

Dans une région du sud de la France, les relations de confiance qui se sont nouées avec des salariées restées en fonction 48 ans pour l'une et 38 ans pour l'autre ont conduit les élus ordinaires à leur abandonner, sans contrôle, la gestion des conseils.

Ainsi, au conseil régional, Mme X se voyait confier des chèques en blanc par le président. Dans les deux conseils départementaux, Mmes X¹¹⁷ et Y, réfractaires à l'informatique, ont été dispensées de tenir une comptabilité informatisée et de saisir dans le logiciel *ad hoc* les cotisations versées par les médecins.

La secrétaire de l'un des conseils départementaux, qui a fait valoir ses droits à la retraite en 2003, a été autorisée, à sa demande, à continuer de gérer le secrétariat et la trésorerie du conseil de l'ordre, sous le statut de vacataire¹¹⁸. Entre 2003 et le 31 décembre 2015, Mme X a donc reçu chaque année, comme secrétaire vacataire, plus de 25 000 € du conseil départemental et 6 000 € du conseil régional, soit un total cumulé sur 13 ans dépassant 300 000 €.

S'il s'agit de prestations, ces « vacations » auraient dû faire l'objet d'une facturation à l'ordre ; s'il s'agit de rémunérations, elles auraient dû

¹¹⁶ Le courrier du président du CDOM en date du 14 octobre 2014 indiquait en effet : « nous vous informons que nous avons décidé de vous licencier en raison de votre absence prolongée qui rend nécessaire votre remplacement définitif pour assurer un fonctionnement normal du service. Depuis le 16 janvier 2014, vous avez été absente de votre poste de secrétaire pour raison de santé une première fois jusqu'au 4 avril 2014 puis de nouveau du 14 avril jusqu'au 30 octobre 2014 [...] ».

¹¹⁷ Mme X travaillait à la fois pour le conseil départemental et le conseil régional.

¹¹⁸ Lettre du trésorier du Conseil national du 27 janvier 2003: « après avoir pris l'avis de notre président, il a été décidé que désormais vous percevrez une rémunération payable en vacations ».

être soumises à prélèvements sociaux ou fiscaux. Or elles n'ont été ni facturées ni déclarées. Mme X a ainsi continué à exercer les fonctions qu'elle exerçait précédemment sans fondement juridique et sans que sa rémunération soit soumise à prélèvements sociaux.

4 - Des recrutements qui favorisent les liens familiaux

Plusieurs salariés ont été recrutés en raison de leur lien de parenté avec les élus ordinaires sans que figure dans leur dossier, à quelques exceptions près, un CV ou une lettre de motivation.

Au sein du Conseil national, l'élu qui fixe les salaires et les primes des salariés a recruté sa fille et un vice-président sa nièce.

Dans les conseils départementaux, de telles situations ont été plusieurs fois rencontrées. Ainsi, dans un département, le trésorier a embauché un proche¹¹⁹ tandis que le président ne s'est pas opposé au recrutement d'un de ses enfants¹²⁰ par le conseil régional où il siégeait. Dans un autre, le président a recruté sa femme comme secrétaire. Ailleurs, le salarié du conseil départemental est le fils d'un conseiller, élu jusqu'en 2018 et dans un quatrième département, le président emploie sa sœur.

Ainsi que le soulignait la Cour en 2011, un renforcement de l'encadrement et une clarification des rôles respectifs des élus et des salariés apparaît nécessaire. Au CNOM, le besoin d'un directeur général des services, pour organiser et contrôler le travail des directions, fonctionnant en silos, se fait particulièrement sentir.

Quant aux importantes disparités relatives au temps de travail et aux avantages accordés aux salariés, elles appellent, comme l'a déjà recommandé la Cour, le rattachement à une convention collective ainsi qu'une grille commune de rémunération.

¹¹⁹ Embauché comme juriste en 2016, il a vu son salaire augmenter de 67 % entre 2016 et 2017 et a opportunément bénéficié d'une rupture conventionnelle à la veille de la dissolution du conseil qui l'employait.

¹²⁰ Dont le salaire a augmenté de 153 % depuis 2007.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Lors de son précédent contrôle, en 2011, la Cour avait détaillé, sous forme de recommandations¹²¹, les voies de progrès indispensables. Cette nouvelle enquête a permis de constater que trop peu des préconisations de la Cour avaient été mises en œuvre.

À l'issue de ce nouveau contrôle, des mesures strictes doivent être prises en matière d'indemnités ou de remboursements de frais et s'appliquer à l'ensemble des conseils territoriaux.

Les désordres comptables et le caractère dispendieux de la gestion témoignent de dysfonctionnements importants. La remise en ordre passe par la mise en place d'un dispositif de contrôle interne et, en fonction des risques, par une révision de nombreuses procédures.

Les procédures d'achats et de gestion des ressources humaines doivent être sécurisées. L'obligation de respecter les principes de libre accès à la commande, de publicité, d'égalité de traitement des candidats et de transparence des procédures, qui s'imposeront aux ordres à compter du 1^{er} janvier 2020, devrait, à cet égard, constituer un premier garde-fou contre la répétition des dérives passées.

En matière immobilière, une professionnalisation est nécessaire ainsi qu'un processus décisionnel transparent qui fasse remonter les choix au niveau de l'assemblée plénière de l'ordre.

L'ensemble de ces constats conduisent la Cour à formuler les recommandations suivantes :

1. centraliser au niveau national l'émission et la comptabilisation des appels à cotisation pour la totalité des cotisations appelées (CNOM) ;
 2. gérer les disponibilités de l'ordre au niveau national (réitérée) et utiliser les excédents de trésorerie pour baisser la cotisation (CNOM) ;
 3. encadrer et harmoniser les montants des indemnités versées aux élus et rendre public leur montant sur une base annuelle et nominative. Adopter un cadre clair applicable à l'ensemble des remboursements de frais et sanctionner tout écart (CNOM) ;
 4. mettre en place un dispositif de contrôle interne et de contrôle de gestion (CNOM).
-

¹²¹ En particulier : réformer le fonds de péréquation en prenant en compte le patrimoine immobilier et la qualité de gestion de chaque conseil ; renforcer le rôle de la commission de contrôle des comptes en professionnalisant ses moyens et ses méthodes ; se doter d'un comité d'audit majoritairement composé d'experts indépendants ; veiller au respect des dispositions fiscales et sociales ; procéder à un audit « organisation et méthodes » de l'ensemble des missions.

Chapitre II

Des missions administratives et juridictionnelles mal assurées

L'ordre des médecins a, comme les autres ordres de professionnels de santé, des compétences administratives et juridictionnelles.

Ses principales missions administratives consistent :

- en premier lieu, à tenir le tableau, à l'inscription duquel est conditionnée l'autorisation pour un médecin d'exercer ;
- en deuxième lieu, à contrôler l'exercice de la profession médicale, à travers la reconnaissance des qualifications professionnelles des médecins, le contrôle de l'observation, par les praticiens, de leur obligation de formation continue et la détection et le suivi des médecins dont la capacité à exercer est mise en cause ;
- en troisième lieu, à vérifier le respect des règles de déontologie, à travers le traitement des plaintes et les avis rendus sur les conventions conclues par les médecins avec des tiers, notamment avec l'industrie.

Ses missions juridictionnelles sont, quant à elles, assurées par les chambres disciplinaires placées auprès de l'ordre, présidées par un magistrat de l'ordre administratif et chargées de statuer sur les plaintes visant des médecins pour des infractions au code de déontologie.

I - Un contrôle insuffisant de l'exercice de la profession et de la déontologie

La tenue du tableau des médecins habilités à exercer, qui est l'une des principales missions de l'ordre, est correctement assurée, malgré un outil informatique et des procédures de gestion des inscriptions aujourd'hui inadaptés.

Le Conseil national, qui dénonce pourtant la « technocratisation » de la médecine et la part croissante d'activités administratives suscitées par les différentes réformes initiées par les pouvoirs publics, ne s'est en effet pas engagé, pour ce qui concerne ses missions, dans une démarche de rationalisation ni de dématérialisation des procédures.

Ainsi, en 2019, les dossiers administratifs des médecins sont toujours conservés sous format papier, avec les risques d'altération ou de disparition que cela comporte : en Haute-Corse, 5 % des dossiers, parmi lesquels celui de l'ancien président, ont été perdus à l'occasion du déménagement du conseil de l'ordre.

La plupart des autres missions sont exercées de façon très hétérogène sur le territoire, du fait d'un manque de pilotage par le Conseil national, de l'insuffisante formation des élus et des personnels au regard de la technicité des missions et de l'indépendance que revendiquent les conseils départementaux vis-à-vis du Conseil national. Le défaut de pilotage se traduit par l'absence de bilan général d'activité et de statistiques fiables sur le nombre de plaintes reçues par l'ordre, sur le nombre de contrats sur lesquels il a donné un avis ou encore sur les procédures en cours devant les formations restreintes amenées à statuer sur la capacité à exercer des médecins.

Veiller à la qualité des soins et à la sécurité des patients doit désormais devenir l'une des missions prioritaires de l'ordre. La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé¹²² a d'ailleurs inscrit au code de la santé publique¹²³, au titre des missions générales des ordres des professions de santé, qu'ils contribuent à promouvoir la santé publique et la qualité des soins.

La réalisation de cet objectif passe notamment par le respect, trop longtemps différé par l'ordre, de ses obligations légales en matière de contrôle des obligations de formation continue des médecins, de contrôle de l'insuffisance professionnelle et de détection et de suivi des médecins à risque.

¹²² Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019.

¹²³ Art. L. 4121-2.

A - Une absence de contrôle de l'actualisation des compétences des médecins

L'ordre s'est vu confier depuis 2011¹²⁴ la mission d'assurer la promotion du développement professionnel continu (DPC)¹²⁵ et de vérifier le respect de l'obligation faite aux médecins de se former pendant toute leur carrière¹²⁶, condition indispensable d'une prise en charge de qualité des patients. Si cette obligation n'est pas satisfaite, l'ordre doit proposer au médecin un plan personnalisé d'accompagnement qui, s'il n'est pas suivi, peut valoir au professionnel concerné des poursuites disciplinaires.

Or, l'ordre a largement délaissé cette mission et n'a déployé aucun outil dans les conseils départementaux pour l'assurer.

À l'exception d'une communication adressée aux médecins en avril 2012 et d'une circulaire diffusée aux conseils départementaux de l'ordre en août 2013, les invitant à créer un répertoire DPC sous Excel®, le Conseil national n'a engagé aucune action concrète, ni suivi, ni vérifié l'action dans ce domaine des conseils départementaux. En 2013, il avait annoncé étudier la mise en place d'une plateforme numérique permettant la transmission des attestations de DPC par les médecins ou les organismes de formation. Six ans plus tard, en dépit des fortes attentes des conseils départementaux, rien n'a été fait.

Le contrôle du DPC par les conseils départementaux de l'ordre se réduit aujourd'hui, quand il existe, à la tenue d'un tableur recensant par praticien les attestations transmises par les organismes de formation. Aucun conseil n'a cependant entrepris de relancer les médecins oublieux de leurs obligations. Or, les informations transmises par l'Agence nationale du DPC (ANDPC) tendent à montrer que moins de 20 % des médecins satisfont à l'obligation de se former¹²⁷. Les résultats mesurés sur quelques conseils sont de fait préoccupants. Ainsi, dans un département de l'ouest de la France, moins d'un dixième des médecins inscrits justifient d'une attestation de DPC sur les trois dernières années¹²⁸. Dans un conseil du sud, seuls 15 % des

¹²⁴ Décrets n° 2011-2116 et n° 2011-2113 du 30 décembre 2011 relatifs au développement professionnel continu des médecins (DPC) et à l'organisme gestionnaire du DPC.

¹²⁵ Le DPC a plusieurs objectifs, en particulier l'évaluation par les médecins de leurs pratiques professionnelles et l'acquisition ou le perfectionnement de leurs connaissances.

¹²⁶ Les médecins doivent justifier de leur engagement dans une démarche de DPC tous les trois ans, contre cinq ans avant 2017 (art. L. 4021-1 du CSP issu de la loi n° 2016-41 et le décret n° 2016-942).

¹²⁷ Cour des comptes, référé *L'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC)*, juillet 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹²⁸ En 2015 : 70/770, en 2016 : 59/780 et en 2017 : 70/787.

inscrits ont justifié d'une attestation DPC au cours de la période 2014 à 2017¹²⁹.

Cette inaction du Conseil national ne l'a pas empêché de se montrer très critique vis-à-vis du ministère de la santé, qui entendait préciser les modalités de suivi du respect de l'obligation de DPC¹³⁰. Le Conseil national a également été très proactif sur les projets de recertification périodique des médecins, pour lequel il entend jouer un rôle prépondérant de suivi et de contrôle, rôle qu'il peine pourtant à assumer s'agissant du DPC.

B - Un bilan en demi-teinte du contrôle de l'insuffisance professionnelle des médecins

Il est deux cas dans lesquels il est possible à l'ordre de prononcer la suspension temporaire d'un médecin : quand son état de santé l'empêche d'exercer et en cas d'insuffisance professionnelle.

Toute demande de suspension temporaire d'un médecin que son état de santé ou une insuffisance professionnelle empêche d'exercer¹³¹ est traitée par une commission spécialisée dite « formation restreinte », émanation de chaque conseil régional de l'ordre¹³². La formation restreinte statue également sur les recours introduits contre des décisions d'inscription ou de non inscription au tableau. Elle est composée de cinq élus ordinaires¹³³.

La possibilité de suspendre un médecin pour insuffisance professionnelle est assez récente. Le ministère chargé de la santé a en effet mis cinq ans à élaborer les textes d'application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 de sorte que leur entrée en vigueur date seulement de 2015¹³⁴.

Pourtant, plus de quatre ans après, l'ordre ne s'est pas doté des outils de pilotage et d'analyse nécessaires à l'accomplissement correct de sa mission.

¹²⁹ En 2014 : 942/6 238 médecins inscrits, 2015-732/6 278, 2016-885/6 372 et 2017-235/6 468.

¹³⁰ Communiqué de presse conjoint avec le collège de médecine générale et la fédération des spécialités médicales du 18 avril 2016.

¹³¹ Articles R. 4124-3 à R. 4124-3-7 du CSP.

¹³² L'appel est possible auprès du Conseil national, la cassation relève du Conseil d'État.

¹³³ Au niveau national, le conseiller d'État qui assiste le bureau du conseil national est membre de droit de la formation restreinte.

¹³⁴ Décret n° 2014-545 du 26 mai 2014.

1 - Une activité réduite sans pilotage national

La Cour regrettait déjà en 2011 l'absence de suivi, au niveau national, de l'activité des formations restreintes. La situation a peu évolué¹³⁵. Il n'existe par exemple aucun logiciel de suivi, ni système d'alerte automatisé permettant de s'assurer du respect des délais de procédure¹³⁶.

Malgré la non concordance des statistiques des conseils régionaux et du Conseil national¹³⁷, on peut, pour 2017, estimer à une petite centaine le nombre de décisions rendues sur des médecins souffrant de pathologies ou d'infirmités pouvant affecter leur capacité à exercer et à la moitié le nombre de celles rendues sur des cas d'insuffisance professionnelle. Le taux de rejet des saisines est supérieur à 50 % dans les deux cas, tant est difficile à apporter la preuve de l'incapacité ou de l'insuffisance professionnelle. Les recours sur inscription au tableau sont quant à eux moins nombreux, 28 en 2016 dont plus de 57 % ont été rejetés.

En dépit de cette activité réduite, dans 40 à 65 % des cas selon les années, les formations restreintes régionales ne parviennent pas à traiter dans le délai de deux mois imposé par la loi¹³⁸ les dossiers dont elles sont saisies ; elles sont donc tenues de se dessaisir au profit de la formation restreinte nationale. Ces dessaisissements, couplés au faible nombre global de saisines lié notamment, selon le Conseil national lui-même, au peu d'appétence des médecins à informer les conseils départementaux des problèmes rencontrés par leurs confrères, conduisent certaines formations restreintes régionales à n'avoir aucune activité ou une activité extrêmement faible¹³⁹.

Au niveau national, le délai de traitement des dossiers dont la formation restreinte est saisie en première instance est parfois trop long (jusqu'à 17 semaines pour statuer sur certains dossiers)¹⁴⁰. Dans d'autres cas, c'est le délai de désignation d'un expert qui est anormalement long. De ce fait, certaines suspensions de médecins sont ordonnées jusqu'à deux ans après l'introduction d'un recours. Les suspensions en urgence, qui peuvent être décidées par l'ARS, ne sont quasiment jamais demandées par l'ordre.

¹³⁵ La mise en place d'un logiciel *ad hoc* était prévue courant 2019.

¹³⁶ Constat effectué dans les sept CROM visités par la Cour.

¹³⁷ Les statistiques ne distinguent pas les saisines en première instance en vue de la suspension d'un médecin des recours sur des décisions d'inscription au tableau.

¹³⁸ Articles R. 4123-3 et R. 4124-3-5 du CSP.

¹³⁹ Une seule saisine enregistrée en 2015 dans cinq régions, aucune saisine en 2016 dans deux régions.

¹⁴⁰ Selon le Conseil national de l'ordre des médecins, le délai moyen de traitement d'un dossier par la formation restreinte nationale est de quatre à cinq semaines.

Les deux versions d'un rapport d'expertise relatif à un praticien des Hauts-de-France

Après le dépôt d'une plainte, consécutive au décès en décembre 2016 d'un patient à la suite d'une coloscopie, des experts ont été amenés à se prononcer sur la capacité à exercer du Dr X, gastro-entérologue, et ont estimé que des éléments du dossier pouvaient « traduire une insuffisance de connaissances médicales » selon le rapport d'expertise classé dans le dossier de ce médecin.

Or, dans la version de ce rapport transmise par le Conseil national à la Cour, les termes « insuffisance de connaissances médicales » sont devenus « suffisance de connaissances médicales ». La formation restreinte, estimant que l'expertise n'avait « pas relevé une insuffisance professionnelle rendant dangereux l'exercice de la profession », a pris la décision de ne pas suspendre le Dr X et lui a recommandé d'assister à un congrès de gastro-entérologie.

Plusieurs autres plaintes avaient été déposées entre 2012 et 2017 contre ce praticien connaissant des problèmes de surconsommation d'alcool, sans conduire à des sanctions. La première en août 2012, adressée par les parents d'un jeune homme ayant subi les séquelles de l'arrachement d'une sonde gastrotomique pendant une intervention chirurgicale¹⁴¹, a reçu une réponse inappropriée¹⁴².

La dernière plainte, de janvier 2017, consécutive au décès évoqué ci-dessus, a donné lieu à deux réunions¹⁴³ de conciliation afin de laisser au plaignant « un délai de réflexion pour prendre décision de conciliation ou non conciliation »¹⁴⁴.

2 - Contrôle de l'insuffisance professionnelle : une détection et un suivi à améliorer

Afin d'accompagner la mise en œuvre des textes relatifs à l'incapacité professionnelle, le Conseil national a fourni à tous les conseils, via deux circulaires, des explications et une liste d'experts en médecine générale¹⁴⁵.

¹⁴¹ Sonde arrachée « par le patient » selon le rapport du praticien, patient pourtant tétraplégique.

¹⁴² La consigne suivante a été donnée le 29 octobre 2012 par un élu à une salariée : « Pas de gestion épistolaire surtout dans ce cas-là ».

¹⁴³ Le 14 mars et le 4 avril 2017.

¹⁴⁴ Procès-verbal de séance plénière du CDOM du 25 avril 2017.

¹⁴⁵ Circulaires du 5 juin 2014 et du 19 mars 2015.

Les difficultés rencontrées par les conseils régionaux de l'ordre sont nombreuses : difficultés à trouver des experts, difficultés à tenir les délais imposés par les textes, hétérogénéité dans les méthodologies d'évaluation de l'insuffisance professionnelle, absence de statut pour les médecins suspendus pendant le temps de leur mise à niveau.

Il apparaît nécessaire que le Conseil national se saisisse de cette question :

- en rendant impérative la saisine de la formation restreinte pour les médecins reprenant l'exercice après un arrêt prolongé, que ces médecins aient continué de cotiser à l'ordre ou non¹⁴⁶ ;
- en initiant une réflexion, avec les conseils nationaux professionnels, sur le statut des experts désignés dans le cadre de ces procédures, leurs compétences, leur formation, les méthodologies d'évaluation employées¹⁴⁷ et leur niveau de rémunération¹⁴⁸. En l'état, les experts désignés par l'ordre ne sont pas des experts judiciaires. Ils méconnaissent les règles procédurales applicables, notamment celles relatives au respect du contradictoire et à l'impartialité. Ainsi il a pu arriver qu'un expert soit désigné alors qu'il soignait le médecin mis en cause ou qu'il était lui-même élu du conseil départemental plaignant ;
- en travaillant en lien avec les universités et les conseils nationaux professionnels à la mise en place de diplômes universitaires ou de maquettes de stages de remise à niveau par spécialité¹⁴⁹. S'agissant

¹⁴⁶ Si les conseils départementaux ont communément indiqué à la Cour qu'il était d'usage de faire expertiser la compétence d'un médecin n'ayant pas exercé pendant au moins trois ans, cette consigne ne ressort d'aucune circulaire. Aujourd'hui, les médecins n'ayant pas cotisé à l'ordre pendant leur arrêt prolongé sont davantage que les autres soumis à expertise.

¹⁴⁷ Les experts eux-mêmes appellent à des réformes comme en témoigne l'expertise réalisée le 2 avril 2015 dans les Pays-de-la-Loire, et adressée au président de la formation restreinte : « Il semble nécessaire pour une future réévaluation des insuffisances professionnelles des médecins généralistes d'organiser ces expertises de façon pratique, avec supervision directe des consultations réelles durant plusieurs jours, et théorique par des questionnaires concernant les compétences du référentiel de médecine générale ».

¹⁴⁸ À ce jour les experts sont rémunérés selon un barème fixé par l'arrêté du 7 août 2015. Il est alloué une indemnité de 322 € pour la réalisation d'une expertise standard en matière d'état pathologique ou d'insuffisance professionnelle. Ce montant est considéré par nombre d'experts comme insuffisant au regard de la charge de travail induite.

¹⁴⁹ À ce jour, chaque conseil régional recherche, de manière très empirique, des stages permettant aux médecins suspendus de combler leurs lacunes. Certains, dotés sur leur territoire de CHU, comme Rhône-Alpes, semblent favorisés, d'autres non.

des diplômes universitaires de remise à niveau, il n'en existe qu'en médecine générale. Or leur coût est souvent dissuasif pour un médecin suspendu et pourrait utilement être pris en charge dans le cadre de l'entraide ;

- en travaillant avec le ministère de la santé à la mise en place d'un statut spécifique relatif aux médecins suspendus pour insuffisance professionnelle, qui pourraient être amenés à exécuter des actes médicaux sous la surveillance d'autres praticiens dans le cadre de leur remise à niveau. Ces dispositions pourraient s'inspirer de celles déjà mises en œuvre pour les praticiens à diplôme hors Union européenne (PADHUE), préalablement à la délivrance de leur autorisation d'exercice ;
- en mettant en place, avec les agences régionales de santé (ARS) et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), des mécanismes permettant de contrôler le respect des autorisations partielles d'exercer. Les décisions d'autorisations partielles ne font en effet aujourd'hui l'objet d'aucun suivi.

Aucune publicité n'est faite des décisions de suspension rendues par les conseils régionaux de l'ordre en formation restreinte. C'est donc bien souvent par hasard que les patients découvrent que leur médecin n'est plus en activité. Aucun contrôle n'est par ailleurs assuré s'agissant de l'exécution des décisions prises.

Une information claire du public sur les suspensions prononcées en formation restreinte, par voie d'affichage au cabinet du médecin et sur le site internet de l'ordre, apparaît comme une nécessité dans l'intérêt des patients.

3 - État pathologique incompatible avec l'exercice de la médecine : des décisions non conformes aux textes

Dans les cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, le code de la santé ne permet pas, en l'état actuel, de prononcer une suspension partielle du médecin¹⁵⁰. Cette anomalie peut conduire soit à des injustices (en empêchant d'exercer un médecin rendu partiellement invalide par une maladie mais doté de toutes ses capacités cognitives, alors qu'un aménagement de son emploi aurait été possible¹⁵¹), soit, *a contrario*, à des décisions risquées pour les patients (en

¹⁵⁰ La suspension partielle ne peut être prononcée que dans les cas d'insuffisance professionnelle.

¹⁵¹ En lui permettant de n'effectuer que des consultations par exemple.

ne suspendant pas un médecin que son état empêche d'exercer dans la plénitude de ses fonctions). Ainsi, en l'état actuel des textes, la suspension, si elle est décidée, doit être totale. Pourtant, il n'est pas rare que les formations restreintes décident de ne pas suspendre le médecin suspecté d'incapacité mais conditionnent la reprise de son activité à un engagement de sa part à se limiter à certains actes. Une telle limitation n'a aucun fondement réglementaire et fait courir à l'ordre un risque juridique. Elle est de surcroît de nature à mettre en jeu la sécurité et la qualité des soins apportés aux patients. Ce fut ainsi le cas en 2015 d'un ophtalmologue, souffrant d'une détérioration de ses facultés cognitives, que les experts consultés ont estimé apte à poursuivre son activité dès lors qu'il s'engageait à ne plus pratiquer d'angiographie.

Or, personne n'est à même de contrôler le respect de ces engagements. De plus, s'agissant d'un engagement moral, il est sans conséquence disciplinaire s'il n'est pas tenu. C'est ainsi qu'en 2018, la formation restreinte du Conseil national a été de nouveau saisie du cas d'un radiologue atteint de la maladie de Parkinson, continuant de faire des échographies en dépit de la demande qui lui avait déjà été faite en 2016 par la formation restreinte nationale de s'interdire de pratiquer de tels actes.

Le cas d'un anesthésiste réanimateur

En mars 2018, un conseil de l'ordre a saisi la formation restreinte régionale du cas d'un anesthésiste réanimateur à la clinique de la ville d'X, victime d'un AVC. Le rapporteur de ce dossier, ainsi que quatre des cinq membres de la formation restreinte, sont des élus du conseil départemental ayant eux-mêmes décidé de la saisine. Plus notable encore, le président de ce conseil, qui est PDG de la clinique où exerce l'anesthésiste, ainsi qu'un médecin qui y exerce également et y possède des parts, participaient à la formation.

Outre les conditions dans lesquelles celle-ci a été rendue, la décision prise au fond suscite des interrogations. En effet, la formation restreinte a considéré que l'intéressé était apte à exercer. Pourtant, le collège d'experts l'ayant examiné avait précisé que son état ne lui permettait pas de reprendre son activité professionnelle dans les conditions antérieures à son accident et notamment de se trouver seul au bloc, sans infirmier anesthésiste. La formation restreinte a estimé qu'il pourrait donc poursuivre une activité se limitant à des consultations pré-anesthésiques.

Cependant, en l'état actuel du droit, la formation restreinte n'a pas la faculté de limiter l'exercice d'un médecin à certaines tâches dans le cadre d'un dossier d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la médecine. Dès lors, même si la formation restreinte régionale a indiqué au médecin concerné que son activité devrait se restreindre à des consultations pré-anesthésiques, sa décision n'a aucune valeur juridique. En pareil cas, l'ordre prend un risque à laisser exercer ce praticien.

Il conviendrait donc d'introduire au niveau réglementaire des dispositions permettant la suspension partielle d'un médecin atteint d'une pathologie ou d'une infirmité rendant dangereux l'exercice de la profession.

L'ordre ne peut pas non plus, dans le cadre juridique actuel, demander à un médecin de se soumettre à un suivi de soins pour être autorisé à continuer d'exercer. Il convient donc également d'autoriser l'ordre à imposer à ces médecins un suivi médical particulier pour pouvoir poursuivre leur exercice professionnel. Les conseils départementaux de l'ordre seraient les plus à même d'assurer un contrôle de l'effectivité de ces soins.

4 - Une détection des situations à risque à systématiser

Le Conseil national n'a pas diffusé de consignes rendant obligatoire la saisine de la formation restreinte pour les cas de médecins reprenant une activité après une longue période de cessation laissant suspecter une éventuelle incapacité professionnelle et une nécessaire remise à niveau. Si les conseils départementaux sont tenus de vérifier la capacité professionnelle des médecins ayant cessé d'exercer depuis au moins trois ans, dans de nombreux cas une telle vérification n'est pas faite.

Afin d'assurer au mieux la sécurité des patients, il est également indispensable d'aider les conseils territoriaux à mieux détecter les situations à risque de certains médecins et à réformer la manière dont ces derniers sont ensuite suivis et contrôlés par l'ordre.

Sans qu'il paraisse nécessaire de confier aux conseils départementaux de véritables pouvoirs d'investigation en matière de détection des situations à risque, pouvoirs qu'ils n'appellent d'ailleurs pas de leurs vœux, la réalisation en routine d'entretiens confraternels au sein des conseils et surtout les visites de cabinet – à l'occasion d'une installation par exemple ou tous les dix ans – devraient être généralisées.

Certains conseils départementaux de l'ordre ont déjà pris l'initiative d'organiser de manière systématique, quelques mois après leur inscription dans le département, des visites sur le lieu d'exercice de leurs nouveaux

confrères. Ces visites permettent de s'assurer que les médecins ne rencontrent pas de difficultés particulières dans l'exercice de leur métier. Elles permettent également de détecter des comportements à risque ou des situations atypiques : cabinets mal entretenus, publicité pour des pratiques non conventionnelles, non affichage des tarifs des consultations, etc. C'est lors d'une de ces visites que le conseil d'Ille-et-Vilaine a pu détecter un comportement anormal qui a justifié la saisine de la formation restreinte et abouti à la suspension d'un médecin atteint d'une maladie mentale.

Ces visites ou entretiens mériteraient d'être systématisés en cas de signalements de la part de patients ou de tiers (comme des professionnels de santé), avant que ces signalements ne se transforment en plaintes et qu'il y ait donc préjudice.

C - Un contrôle hétérogène des contrats entre médecins et avec l'industrie

Tout contrat conclu par un médecin doit être soumis pour avis à l'ordre, soit au titre du contrôle du respect du code de déontologie, soit au titre du respect de la loi dite « anti-cadeaux » de 1993, s'agissant des contrats conclus avec des industriels du médicament ou de dispositifs médicaux.

1 - Des conseils locaux en difficulté pour contrôler la conformité des contrats au code de déontologie

La conformité à la déontologie des contrats passés par les médecins, relatifs à l'exercice de leur profession, doit faire l'objet d'un examen par les conseils départementaux de l'ordre. Le défaut de communication des contrats¹⁵² est susceptible d'entraîner des poursuites disciplinaires ou un refus d'inscription au tableau¹⁵³. Cette possibilité reste toutefois assez théorique¹⁵⁴ : seules cinq poursuites ont été engagées en 2016 et six en 2017¹⁵⁵.

¹⁵² Il s'agit de tous les types de contrats conclus par un médecin dans l'exercice de ses fonctions : contrat de travail, contrat de bail, contrat de leasing de matériel etc.

¹⁵³ Art. L. 4113-10 et L. 4113-11 du CSP.

¹⁵⁴ Il est particulièrement rare que des médecins transmettent pour avis des contrats de location de matériel médical. Pourtant, certains dispositifs, comme les appareils d'évaluation et de détection de l'apnée du sommeil, sont loués à des médecins à des tarifs très faibles par des sociétés qui louent par la suite ces dispositifs respiratoires aux patients, parfois sur recommandation de ces médecins.

¹⁵⁵ En 2017, ces poursuites ont conduit au prononcé de quatre rejets, quatre blâmes et six suspensions d'exercer.

L'ordre a élaboré et mis en ligne sur son site, à disposition des médecins, une trentaine de contrats types. Certains de ces contrats, comme les contrats de cession de cabinet ou les contrats de collaborateur libéral, datant respectivement de 1978 et de 2005, mériteraient une mise à jour. Pour les contrats les plus complexes¹⁵⁶ ou pour toute question juridique difficile, les conseils départementaux font appel à l'expertise du service juridique du Conseil national qui tarde parfois à répondre¹⁵⁷.

En pratique, l'examen des projets de contrats est assuré de manière très hétérogène selon les conseils locaux par des élus, des salariés ou encore par des avocats spécialement mandatés à cet effet. Or, il conviendrait d'encadrer davantage le recours à ces consultants pour limiter certains abus, comme dans le Nord, où le conseil départemental a rémunéré à hauteur de 12 680 € sur trois ans la participation à la commission des contrats d'un avocat à la retraite, père d'un ancien élu, alors même que l'analyse des contrats était assurée par les élus.

Ces mêmes conseils ne sont, en outre, pas en mesure d'analyser dans les délais l'ensemble des contrats qui leur sont soumis¹⁵⁸. Dans ces circonstances, l'ordre gagnerait à recentrer son action, par exemple sur l'étude des contrats complexes ou innovants par rapport aux conditions d'exercice de la médecine.

Enfin, jusqu'à la révision du règlement intérieur de l'ordre en décembre 2018, il est notable que l'examen des contrats des élus ordinaires eux-mêmes ne faisait l'objet d'aucune consigne. Ainsi, des élus de la commission des contrats au sein d'un conseil départemental pouvaient être conduits à se prononcer eux-mêmes sur la validité de leurs propres conventions voire sur celles de leurs concurrents.

¹⁵⁶ En matière de radiologie et de biologie médicale notamment.

¹⁵⁷ Exemple la saisine faite par le CDOM du Var le 27 juin 2016 à laquelle le CNOM a répondu le 12 décembre 2016 (dossier n° 1506/2016) concernant le contenu d'un contrat visant à faire réaliser par un praticien d'une autre spécialité que gynécologique des actes de chirurgie gynécologique au sein d'une clinique. Ainsi que le précise le président du CDOM du Var en novembre 2016 : « il est évident qu'il est difficile d'envisager qu'un conseil départemental puisse seul donner des réponses précises à des questions techniques sur le plan juridique qui vont engager l'institution, si cette dernière est dans l'incapacité de les aider dans ce rôle. (...) ».

¹⁵⁸ L'article L. 4113-12 du code de la santé publique fixe à un mois le délai dans lequel le conseil de l'ordre est tenu d'examiner le contrat qui lui est soumis.

2 - Un contrôle lacunaire des relations entre médecins et industrie

Depuis la loi « anti-cadeaux » de 1993¹⁵⁹, l'ordre donne un avis sur les exceptions à l'interdiction d'avantages consentis aux médecins¹⁶⁰ par les entreprises et laboratoires, avec comme principal objectif d'éclairer les professionnels de santé sur les risques de perte d'indépendance qu'ils encourent. La loi du 29 décembre 2011 a prévu, quant à elle, la publication de tous les liens financiers entre industriels et praticiens sur le site « Transparence Santé ».

Déjà en 2011, la Cour regrettait l'inaction de l'ordre face à des situations d'hyperactivité de certains médecins, notamment hospitaliers, ainsi que son incapacité à agréger les activités par médecin. Elle relevait qu'il « reviendra[it] désormais à l'ordre de sanctionner les cas où il a été passé outre à un avis défavorable (y compris quand ce dernier ne résulte que de la date trop tardive de demande d'avis) »¹⁶¹.

En dépit de la fermeté affichée publiquement par le Conseil national, les constatations faites par la Cour huit ans plus tard montrent que ce contrôle, qui vise à prévenir les conflits d'intérêts, est encore lacunaire.

Le contrôle de la Cour de 2018 a toutefois conduit le Conseil national à en réviser les modalités.

a) De fortes prises de position publiques du Conseil national

L'ordre des médecins a toujours milité activement en faveur d'une plus grande transparence des avantages accordés aux médecins par l'industrie. Il a ainsi déposé un recours contre le décret du 21 mai 2013 relatif à la transparence des avantages accordés, qui excluait les rémunérations du champ de la publication des avantages consentis aux médecins. Dans un arrêt rendu le 24 février 2015, le Conseil d'État lui a donné raison, en élargissant aux rémunérations les informations publiées dans la base « Transparence Santé ».

¹⁵⁹ Loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social, dite « anti-cadeaux ».

¹⁶⁰ Le cadre législatif applicable depuis 2012 prévoit que les conseils départementaux (ou le Conseil national lorsqu'il s'agit de conventions dont le champ d'application est interdépartemental ou national) donnent leurs avis sur les conventions qui leur sont soumises par les industriels.

¹⁶¹ Observations définitives sur l'ordre des médecins, p. 45.

Face au volume considérable de dossiers à traiter (1,5 million de conventions d'hospitalité¹⁶² et 40 000 conventions d'honoraires soumises à l'ordre en 2017, représentant plus de 250 M€¹⁶³), le Conseil national s'est doté de moyens renforcés : il a conçu un logiciel spécifique (IDAHE) dont le développement et la maintenance ont coûté, sur la période 2008-2016, plus de 900 000 € et a quasiment doublé les effectifs du service relations médecins-industrie, passés de 7 à 13 équivalents temps plein entre 2011 et 2017. Toutefois, l'examen des conventions entre médecins et industrie était jusqu'en 2018 largement inopérant.

*b) Un contrôle inabouti au Conseil national
et souvent inexistant localement*

Même au Conseil national, qui dispose pourtant d'un service étoffé, le contrôle reste insuffisant : les conventions d'un même praticien sont examinées indépendamment les unes des autres sans qu'aucun cumul des rémunérations ou avantages perçus ne soit opéré ; les médecins ne sont pas sanctionnés lorsque les conventions sont mises en œuvre malgré un avis défavorable ; la base « Transparence-santé » n'est pas consultée par les salariés ou les élus. 7 % des conventions d'hospitalité et 45 % des conventions d'honoraires ont fait l'objet d'un avis défavorable sur la période. La grande majorité des avis défavorables tient au non-respect formel de clauses formelles : délais de transmission non respectés ou absence d'autorisation de cumul pour les médecins hospitaliers.

Les plafonds en dessous desquels l'ordre donne un avis favorable aux conventions qui lui sont soumises sont généreux : honoraires de 250 €/heure, nuitée à 250 €¹⁶⁴, repas à 70 €.

Entre 2011 et 2017, aucun médecin n'a été convoqué par le Conseil national et aucune poursuite disciplinaire n'a été engagée pour non-respect d'un avis de l'ordre sur une convention irrégulière.

¹⁶² Frais d'inscription, de restauration, d'hébergement et de transport pour participer à des colloques.

¹⁶³ Ces sommes constituent un majorant des avantages effectivement accordés : les conventions peuvent en effet ne pas être mises en œuvre et présentent les montants maxima pouvant être versés aux médecins. *A contrario*, de nombreuses conventions non télétransmises ne sont pas recensées dans IDAHE (cf. exemple *infra*).

¹⁶⁴ 325 € dans les capitales et métropoles européennes et de 350 € en Amérique, Asie, Australie et Suisse.

L'absence de sanctions des médecins fautifs

À titre illustratif, entre 2016 et 2018, 82 conventions ont été transmises pour des prestations assurées par le Pr X, chef de service à temps complet dans un CHU, pour un montant de 726 000 €¹⁶⁵. Parmi elles, une convention relative à trois études d'expertise-conseil pour le compte du laboratoire T. d'un montant de 535 000 €¹⁶⁶ sur une durée de quatre ans, débutée en septembre 2016, n'a été transmise à l'ordre que le 14 février 2018. Le Conseil national a émis un avis défavorable en raison d'une demande parvenue hors délais, de l'absence d'autorisation de cumul signée par l'établissement employeur et parce que les honoraires et le nombre de jours trop élevés étaient contraires au caractère d'activité accessoire. Aucune poursuite disciplinaire n'a été engagée contre ce médecin pour manquement à la déontologie.

En 2018, seuls vingt conseils départementaux de l'ordre utilisent le logiciel IDAHE et rares sont ceux qui assurent correctement le contrôle des conventions.

Ainsi, jusqu'au contrôle de la Cour, le conseil départemental du Bas-Rhin, dont le secrétaire général est pourtant membre de la commission relations médecins-industrie au niveau national, ne donnait pas d'avis défavorable quand il constatait l'absence d'autorisation de cumul des médecins hospitaliers et n'utilisait pas le logiciel IDAHE. Dans les Bouches-du-Rhône, les avis défavorables sont également très rares¹⁶⁷ et le contrôle des conventions incombe, non à la salariée du service, mais à deux élus dont l'un a pu se trouver juge et partie allant jusqu'à valider des dossiers le concernant.

Si environ 15 000 médecins bénéficient chaque année d'au moins une invitation à un congrès pris en charge par un laboratoire, ils ne sont qu'environ 200 à 700, selon les années, à être concernés par au moins cinq invitations¹⁶⁸ et une quinzaine à avoir participé à plus de dix congrès une année donnée. Les contrôles dont l'ordre est responsable, et qui visent à

¹⁶⁵ Des requêtes permettant d'identifier les praticiens dont les montants cumulés d'honoraires étaient élevés ont été demandées par la Cour au CNOM. Il s'agit d'une rémunération personnelle.

¹⁶⁶ La convention comprend trois études de phase 3. La rémunération est de 500 € pour toute téléconférence de moins de 2h, 2 000 € pour toute réunion en face à face et dans la limite de 178 417 € par étude.

¹⁶⁷ Seulement 4 en 2015-2017 sur 5 358 dossiers.

¹⁶⁸ Chiffres 2018. Les spécialités principalement concernées sont l'ophtalmologie, la cardiologie et l'oncologie.

empêcher un médecin de perdre sa liberté de prescription vis-à-vis des sociétés dont il perçoit des avantages, sont défaillants et les situations d'abus manifestes n'ont pas été sanctionnées.

Des abus permis par un contrôle défaillant

Le Dr X, pneumologue, a participé à onze congrès internationaux entre 2016 et 2018 pour un coût dépassant 27 000 €¹⁶⁹, invité par des sociétés spécialisées dans les dispositifs médicaux respiratoires.

Outre ces conventions transmises au conseil départemental, 37 autres conventions le concernant (pour un montant de 47 000 €) ont été transmises par des industriels au Conseil national depuis 2012 pour des congrès se tenant notamment à Santa Monica, Port Louis, Dubaï, Port Elizabeth, Amsterdam, Marrakech, Los Angeles, Saint-Pétersbourg, Chicago, Yokohama et Milan.

Le conseil départemental où il est inscrit n'a jamais émis d'avis défavorable, alors même qu'il avait été destinataire d'une lettre de dénonciation listant plusieurs médecins, dont le Dr X, accusés de prescrire quasi-exclusivement l'appareillage d'une société, en échange d'invitations, dons d'équipements, voyages et subventions versées à une association de pneumologie.

Le Conseil national, quant à lui, a donné trois avis défavorables en 2017 dont l'un pour le congrès Gulf thoracic se tenant à Dubaï, ce qui n'a pas empêché le Dr X d'y participer.

Ce défaut de contrôle par le Conseil de l'ordre est d'autant plus problématique que, si les agents habilités à contrôler le dispositif « anti-cadeaux » sont théoriquement nombreux, *de facto* seuls les agents de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) effectuent régulièrement des contrôles.

c) Un retard important pris dans la publication des textes

L'ordre des médecins n'est pas seul responsable de ce bilan. Réclamant depuis des années la télétransmission obligatoire des conventions et un pouvoir de sanction en cas de non-respect des avis qu'il rend, il est en attente de la publication des décrets et arrêtés permettant la mise en œuvre de l'ordonnance « anti-cadeaux » du 19 janvier 2017, textes dont la publication – qui aurait dû intervenir avant le 1^{er} juillet 2018 – est attendue

¹⁶⁹ Bahamas, Hawaï, Oran, Bangkok (deux fois), Palm Beach (deux fois), New York, Ile Maurice, Osaka et Chicago selon les informations dont disposait le conseil départemental.

d'ici la fin de l'année 2019. Ces textes devraient entériner la recentralisation bienvenue de l'exercice de la mission par le Conseil national.

La publication de ces textes réglementaires doit être l'occasion, pour les administrations concernées, de ne pas reconduire les erreurs passées et de veiller en particulier à faire figurer, dans la base de données des avantages servis aux médecins, le cumul par médecin, à fixer les plafonds des rémunérations et hospitalités à des niveaux raisonnables et à ouvrir plus largement l'accès à la base de données à des autorités de contrôle.

d) Des évolutions amorcées en 2019

Faisant suite à la recommandation de la Cour, la ministre de la santé a annoncé la création d'un portail unique permettant une mise en cohérence des systèmes d'information « Transparence Santé » et « anti-cadeaux » au printemps 2020.

Après avoir défini des critères d'examen – au demeurant peu exigeants – des dossiers litigieux, le Conseil national a voté la transmission à la chambre disciplinaire aux fins d'éventuelles poursuites de deux cas particulièrement problématiques.

D - Une faible implication de l'ordre des médecins dans l'accès aux soins

1 - Un rôle limité dans l'organisation de la permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins a radicalement changé depuis 2002 avec l'abandon de l'obligation déontologique individuelle pour les médecins libéraux d'effectuer des gardes. Si l'information est mieux assurée depuis 2011 grâce à la transmission dématérialisée, à l'ARS et au préfet, du tableau de permanence des soins, en revanche l'implication des conseils départementaux pour remédier à l'insuffisance du nombre de médecins volontaires est variable.

Les médecins sont appelés à participer à la permanence des soins sur la base du volontariat mais l'article 77 du code de déontologie dispose : « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

L'implication pour mobiliser le corps médical est exemplaire dans plusieurs départements (Val-de-Marne, Corse-du-Sud, Indre notamment), comme l'a constaté la Cour, mais fait défaut dans d'autres où la

communauté médicale « n'arrive pas à s'affranchir de ses vieux démons dont celui de l'individualisme exacerbé¹⁷⁰ ».

Le Conseil national réalise chaque année un rapport sur la permanence des soins. Ce travail précis contient des données et des analyses pertinentes.

En 2011, la Cour soulignait également les difficultés de coordination induites par le rôle du conseil régional de l'ordre dans l'élaboration du cahier des charges de la permanence des soins, difficulté toujours présente qui renvoie à la question de la plus-value de l'échelon régional qui devra être réexaminée au vu du bilan des fusions intervenues début 2019.

2 - Une position ambiguë sur les refus de soins

La France s'est dotée de dispositifs facilitant l'accès aux soins pour les plus démunis (complémentaire santé solidaire¹⁷¹, Aide médicale d'État, tiers payant de droit...). Toutefois, les comportements et pratiques de certains professionnels de santé peuvent entraver cet accès aux soins. Ces situations peuvent avoir pour origine une méconnaissance des dispositifs, des difficultés d'ordre technique, mais peuvent aussi relever d'une opposition pour des raisons économiques ou idéologiques.

Le refus de soins clairement établi est relativement rare, des formes de dissuasion, par la fixation de rendez-vous éloignés ou par l'affirmation d'une impossibilité de prendre de nouveaux patients, étant plus fréquentes.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a donc réaffirmé l'importance de la mission d'évaluation du refus de soins en créant des commissions *ad hoc* placées auprès des ordres professionnels, chargées d'évaluer le nombre et la nature des pratiques de refus et de remettre un rapport annuel au ministre chargé de la santé. La commission placée auprès de l'ordre des médecins n'a produit qu'un rapport depuis lors. En dépit de disponibilités dépassant les 100 M€, l'ordre considère en effet ne pas disposer du budget suffisant pour faire fonctionner la commission et refuse de financer des études sur les refus de soins.

Seules 28 décisions rendues par les juridictions ordinales entre 2014 et 2017 portaient sur des refus de soins à des bénéficiaires de la CMU, soit sept par an en moyenne sur plus de 1 300 : 57 % ont fait l'objet d'un rejet, 11 % d'un blâme, 25 % d'un avertissement et 7 % d'une interdiction

¹⁷⁰ Blog du conseil départemental de l'ordre des médecins du Val-de-Marne.

¹⁷¹ Remplaçant au 1^{er} novembre 2019 la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide pour une complémentaire santé).

d'exercer, parfois assortie d'un complet sursis. Les sanctions sont hétérogènes : ainsi un gynécologue-obstétricien installé dans les Yvelines s'est vu infliger un blâme pour avoir refusé des soins à une patiente relevant de la CMU-C alors qu'un stomatologue de la région PACA a été suspendu pendant un mois, dont huit jours fermes, pour des faits similaires.

Le bilan des rares poursuites menées à leur terme n'incite pas les patients à faire valoir leurs droits et ne dissuade pas les médecins de renoncer à une pratique illégale.

L'ordre n'est pas particulièrement zélé sur le sujet. Ainsi, en janvier 2017, trois associations ont saisi le Défenseur des droits pour des mentions discriminatoires (refus de bénéficiaires de la CMU) apposées, par deux sites de rendez-vous médicaux en ligne, aux côtés des coordonnées de certains médecins. Fin 2018, le défenseur des droits a enjoint aux deux plateformes de faire disparaître ces mentions. En revanche, les médecins en cause n'ont pas fait l'objet de poursuite disciplinaire par l'ordre, qui considère impossible « la recherche systématique sur tous les sites de prise de rendez-vous en ligne de mentions discriminatoires ».

3 - Des actions timorées en faveur de la mobilité des médecins

L'ordre n'a pas toujours œuvré à l'assouplissement de la réglementation, nécessaire pour faciliter les conditions d'installation, d'exercice et de mobilité des médecins tout particulièrement dans les zones en voie de désertification médicale. La simplification¹⁷² du traitement des demandes d'autorisation d'exercice en site distinct n'est ainsi intervenue qu'après le contrôle de la Cour, avec la parution du décret n° 2019-511 du 23 mai 2019.

La gestion des demandes de remplacement mériterait également d'être allégée, sous forme de déclaration plutôt que d'autorisation préalable.

L'exercice de la médecine sous le statut de remplaçant est en effet devenu, pour les jeunes médecins comme pour les plus confirmés, un mode d'activité à part entière. L'examen par les conseils départementaux des demandes de remplacement est donc de plus en plus lourd (plus de 100 000 contrats sont analysés chaque année) et une grande partie des autorisations est aujourd'hui délivrée postérieurement aux remplacements, après vérification du respect formel d'une dizaine de points.

¹⁷² Une déclaration se substituant à la demande d'autorisation.

S'il semble important de maintenir une procédure d'autorisation pour la délivrance des autorisations d'exercer données aux étudiants, une simple déclaration en ligne des remplacements pourrait être mise en place, sur un portail national qui automatiserait les contrôles. Seuls les cas litigieux feraient l'objet d'une analyse complémentaire.

Les règles de rémunération afférentes au statut de remplaçant mériteraient également un examen approfondi, afin d'analyser la légalité de certains contrats qui prévoient des taux de rétrocession supérieures à 100 %¹⁷³, en particulier dans les zones où la pénurie de remplaçants se fait sentir. L'absence de consignes claires prises au niveau national est aujourd'hui préjudiciable aux médecins.

II - Un manque chronique de rigueur dans le traitement des plaintes

Les constats de la Cour confirment les carences dans le traitement des plaintes, relevées depuis 20 ans à l'occasion des contrôles successifs¹⁷⁴ et dans la manière dont l'ordre exerce son pouvoir disciplinaire.

Les instances disciplinaires de l'ordre

L'ordre est doté d'un pouvoir disciplinaire qu'il exerce via deux juridictions autonomes relevant de l'ordre administratif, placées auprès des conseils régionaux¹⁷⁵ : les chambres disciplinaires et les sections des assurances sociales¹⁷⁶. Les premières jugent et sanctionnent les manquements des médecins au code de déontologie et les secondes jugent des abus et fraudes à l'assurance-maladie. La chambre disciplinaire nationale (CDN) est la juridiction d'appel.

L'absence de vision d'ensemble des plaintes et de statistiques nationales, la distinction infondée entre « doléance » et plainte, les traitements différenciés des litiges suivant les conseils départementaux conduisent l'ordre à ne considérer comme des plaintes que 22 % des courriers de patients signalant un problème avec leur médecin (chiffre 2017

¹⁷³ Reversement d'honoraires au médecin remplaçant par le médecin titulaire.

¹⁷⁴ Contrôle de l'IGAS en 2000, de la Cour des comptes en 2011 et de la Mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'État en 2013.

¹⁷⁵ Il y a aujourd'hui 14 chambres disciplinaires de première instance (CDPI), contre 25 avant la fusion des grandes régions administratives.

¹⁷⁶ Cette dernière activité, limitée, n'est pas présentée dans ce rapport.

établi à partir des données du CNOM rapportant les 1 781 conciliations réalisées au 7 747 plaintes et doléances reçues entre particuliers et médecins).

Dix-neuf ans après les premiers contrôles, et malgré la mise en cause de l'ordre pour une mauvaise gestion des signalements et la condamnation du conseil de Paris le 18 octobre 2012 par la Cour administrative d'appel pour avoir retardé la comparution en justice d'un médecin fautif, les constats sont similaires.

Les élus sont trop peu formés et les circulaires du Conseil national insuffisantes pour endiguer les risques de détournement de procédure pourtant dénoncés de manière récurrente par des médecins ou des patients.

A - Une majorité de signalements non soumis à conciliation

En matière disciplinaire, toute procédure contentieuse doit être précédée d'une tentative de conciliation¹⁷⁷, organisée dans un délai d'un mois après l'enregistrement de la plainte, par une commission de conciliation composée d'au moins trois conseillers élus et créée au sein du conseil départemental de l'ordre des médecins dont relève le praticien visé¹⁷⁸. Si la conciliation échoue, la plainte doit être transmise à la chambre disciplinaire territorialement compétente pour être jugée, et ce dans un délai de six mois suivant le dépôt de la plainte.

Les principaux motifs de plainte¹⁷⁹ concernent la qualité des soins¹⁸⁰ (40 %), le comportement des médecins vis-à-vis des patients ou de tiers (30 %), la rédaction de certificats (25 %), des questions de confraternité (17 %) ainsi que des litiges liés à la publicité, au non-respect du secret professionnel ou aux honoraires.

¹⁷⁷ Article R. 4123-21 du CSP.

¹⁷⁸ Depuis 2017, l'article L. 4123-2 du CSP prévoit que la procédure de conciliation doit être dépaycée si le plaignant ou le professionnel visé est membre du conseil départemental chargé de la conciliation.

¹⁷⁹ Données 2015 et 2016.

¹⁸⁰ Absence de soins consciencieux, de défaut d'information du patient, défaut de consentement ou manquement dans l'élaboration et la qualité du diagnostic.

1 - Un suivi des plaintes insuffisant

En 2017, l'ordre a enregistré 8 916 signalements – dont 80 % émanent de patients – et effectué 2 305 conciliations.

Ces chiffres consolidés sont toutefois peu fiables. En effet, à défaut d'avoir déployé un logiciel de suivi des plaintes, comme le recommandait la Cour à la suite du contrôle de 2011, l'ordre ne dispose que de tableaux de compte rendu d'activité, très généraux et non exhaustifs qui ne permettent pas de connaître les griefs allégués¹⁸¹ par les plaignants et ne sont, en outre, pas remplis par tous les conseils en dépit des relances du Conseil national¹⁸².

De ce fait, il est impossible de recenser avec exactitude le nombre de plaintes reçues annuellement dans les départements. Enfin, la requalification en « doléances » – non soumises à conciliation – de certaines plaintes reçues par l'ordre ne permet pas de mesurer l'efficacité du dispositif de conciliation. L'absence de suivi et de pilotage par le Conseil national a permis ces dysfonctionnements.

2 - Les « doléances » : un statut litigieux et un traitement disparate

Alors que le code de la santé publique ne connaît que les plaintes, l'ordre des médecins effectue en effet une distinction entre plaintes et « doléances », seuls étant considérés comme plaintes les signalements contenant expressément le mot « plainte », dénonçant un comportement qualifié de fautif ou demandant explicitement une sanction.

La frontière entre ces catégories, particulièrement ténue¹⁸³ et dépourvue de fondement juridique, ainsi que la Cour l'avait déjà souligné en 2011, demeure méconnue des plaignants. Conséquence de cette distinction, seuls 22 % des courriers de patients sont qualifiés de plaintes et traités comme telles. Dans de rares cas, il n'est même pas accusé réception de la plainte.

Si l'on peut comprendre la préoccupation des conseils de l'ordre de ne pas engorger les juridictions disciplinaires de plaintes qui risquent d'être jugées irrecevables, il ne leur appartient pas, en l'état actuel des textes, de

¹⁸¹ À l'exception des refus de soins qui font l'objet d'un traitement à part.

¹⁸² Dix conseils n'ont pas complété leur tableau de bord en 2017.

¹⁸³ Lors d'une réunion du CROM Rhône-Alpes en 2018, le Président de la chambre disciplinaire indique lui-même qu'il est difficile de faire la distinction entre doléance et plainte.

procéder à un tri desdites plaintes en préjugant de leur recevabilité, de la qualification et de la gravité des faits allégués. Seules les chambres disciplinaires ont cette compétence. Les conseils qui déclarent une plainte infondée ou irrecevable outrepassent ainsi leurs missions.

3 - Des conciliations parfois peu formalisées, voire non organisées, en dépit des obligations légales

L'article R. 4123-20 du CSP précise que la tentative de conciliation doit être effectuée par un ou plusieurs membres de la commission de conciliation et qu'un procès-verbal, signé par les parties et remis à chacun, doit faire apparaître les points de désaccord qui subsistent.

En réalité, il n'existe pas toujours de commission de conciliation, comme la Cour l'a constaté en Haute-Corse et en Corse-du-Sud¹⁸⁴ et les conciliations se tiennent dans des formats très variables selon les conseils.

Ce manque de formalisme dans la tenue de la conciliation se double bien souvent d'un manque de complétude des procès-verbaux, étape pourtant essentielle du précontentieux, notamment en cas de transmission de la plainte devant la juridiction disciplinaire. Même si les procès-verbaux ne sont soumis à aucune règle particulière, la plupart ne mentionnent que l'issue de la conciliation, sans en retracer les échanges. C'est notamment le cas de dossiers dans lesquels les patients ont été invités à retirer leur plainte ou se sont laissés convaincre par les conciliateurs qu'il n'y avait pas matière à caractériser une faute disciplinaire¹⁸⁵ ou pour lesquels une transaction financière est intervenue, faisant alors cesser les poursuites¹⁸⁶.

Plus graves sont les cas de plaintes qui ne font pas systématiquement l'objet de tentatives de conciliation, alors que cette obligation, posée par la loi, ne souffre pas d'exception. Il en est ainsi en Loire-Atlantique¹⁸⁷ ou en Haute-Corse, où le conseil, avant même d'organiser toute conciliation, demande l'avis du médecin mis en cause puis invite le patient à venir prendre connaissance de cet avis au conseil départemental (cf. encadré *infra*). Enfin, à Paris, le laps de temps entre le constat de non-conciliation

¹⁸⁴ Le Conseil départemental s'est depuis mis en conformité.

¹⁸⁵ Cas de la plainte portée en Mayenne par la blanchisserie X contre le Dr C. pour des arrêts de travail d'une salariée considérés comme de complaisance.

¹⁸⁶ Cas du Dr S. qui a accepté, à l'issue d'une conciliation au CDOM de Paris en février 2016, de rembourser la somme de 1 200 € à une patiente, celle-ci s'engageant à retirer sa plainte.

¹⁸⁷ En 2017, 28 plaintes de particuliers sur 40 n'ont pas fait l'objet de conciliation, 34 sur 49 en 2016, 25 sur 37 en 2015.

et la saisine de la chambre disciplinaire a été mis à profit pour tenter de dissuader la plaignante de poursuivre sa démarche¹⁸⁸.

4 - Des transmissions imparfaites des plaintes

Outre le fait qu'ils écartent la grande majorité des signalements reçus, les conseils départementaux de l'ordre gèrent de manière imparfaite les procédures de saisine des juridictions régionales.

a) Des délais souvent dépassés

Certains conseils ont des difficultés à respecter les délais légaux. En cas de carence, notamment lorsque le délai d'un mois pour organiser une conciliation est dépassé, les plaignants peuvent alors demander au président du Conseil national de saisir directement la chambre disciplinaire compétente. Cette mesure a été utilisée à 13 reprises entre 2012 et 2017 dans neuf départements, dont cinq fois pour le Pas-de-Calais.

À l'exception de quelques conseils dotés de tableaux de suivi ou du conseil de Paris équipé d'un logiciel spécifique, la plupart des conseils n'assurent aucun suivi des délais ou de manière approximative.

Le délai maximal de trois mois à compter de son enregistrement pour transmettre une plainte à la chambre disciplinaire est quant à lui parfois dépassé, comme le constatent les greffes et les présidents de chambre, ce qui constitue un manquement préjudiciable aux plaignants.

b) Une motivation insuffisante

Certaines chambres disciplinaires soulignent l'insuffisante motivation des avis rendus par les conseils à l'appui des plaintes qu'ils transmettent, en dépit des instructions qui leur sont données¹⁸⁹.

Par ailleurs, qu'ils s'associent ou non à la plainte, certains conseils omettent souvent de transmettre à la chambre disciplinaire des éléments de contexte qui seraient pourtant de nature à éclairer la juridiction et peser soit

¹⁸⁸ Cas de Mme X ayant porté plainte contre le Dr B., élu du conseil de Paris, invitée par la présidente du CDOM de Paris, à la suite d'une réunion ayant abouti à une non-conciliation le 25/09/2012, à réfléchir pendant un délai d'un mois au maintien de sa plainte.

¹⁸⁹ Courrier adressé le 8 mars 2012 à l'ensemble des présidents de CDOM en Rhône-Alpes ; instructions diffusées par la CDPI de PACA-Corse le 19 janvier 2018 rappelant l'implication nécessaire des CDOM lors de la transmission des plaintes.

en faveur du médecin mis en cause, soit en faveur du plaignant. Ces éléments peuvent porter sur les conditions d'exercice, parfois complexes, des praticiens mis en cause (déserts médicaux, forte insécurité dans la zone d'exercice, précarité...) susceptibles de tempérer l'appréciation de certains comportements. Cette absence de contextualisation est plus problématique lorsque le conseil omet volontairement de porter à la connaissance de la chambre disciplinaire des faits précontentieux antérieurs concernant le médecin mis en cause (doléances, signalements, plaintes conciliées).

c) Une prévention des conflits d'intérêt à renforcer

Les plaintes déposées contre des élus ordinaires¹⁹⁰ eux-mêmes ne font l'objet d'aucun suivi spécifique.

Dès 2005, le législateur a prévu¹⁹¹ que le conseil au sein duquel siège un médecin mis en cause par un plaignant peut se dessaisir au bénéfice d'un autre conseil. Bien que fortement encouragée par le Conseil national, cette procédure n'était toutefois pas systématique. Elle pouvait de surcroît n'être pas entourée de toutes les garanties souhaitables dès lors que les présidents choisissaient eux-mêmes le conseil vers lequel ils entendaient transférer la procédure.

Les présidents de conseil qui choisissaient de ne pas déporter la plainte se trouvaient en situation de devoir se prononcer sur le comportement d'un de leurs pairs, avec tous les risques de partialité qui peuvent en découler.

L'ordonnance de février 2017 est venue partiellement résoudre ces difficultés en instaurant l'obligation, pour le président du conseil départemental, de saisir le président du Conseil national, aux fins de désigner un autre conseil pour procéder à la conciliation. Applicables depuis plus d'un an, ces nouvelles dispositions ne sont toutefois pas encore appliquées par tous les conseils, notamment en Haute-Corse.

¹⁹⁰ 33 plaintes de ce type ont été examinées par la Cour.

¹⁹¹ Cf. l'ordonnance n° 2005-1040 et l'article L. 4123-2 du CSP.

**Le cas du Dr X, élu du Conseil de Haute Corse et assesseur
à la chambre disciplinaire de PACA**

Le Dr X, élu du conseil de l'ordre depuis 2002, a fait l'objet d'une plainte enregistrée au conseil de Haute-Corse en mars 2018. Le courrier de la patiente, qui demeure en Sardaigne, contient explicitement le mot « plainte » et ne souffre aucune interprétation quant à son objet.

En contravention avec la loi, au lieu de délocaliser le traitement de la plainte, le conseil a recueilli l'avis du médecin mis en cause et a invité la patiente à se déplacer en Corse depuis la Sardaigne pour prendre connaissance de la réponse du médecin¹⁹².

Entre 1998 et 2011, ce même médecin avait déjà fait l'objet d'une plainte et de deux signalements de patients – dont l'un pour des faits similaires – mais le conseil de l'ordre avait considéré qu'ils ne constituaient pas des fautes déontologiques. L'ensemble des plaintes et signalements a été classé.

Cette nouvelle procédure n'est pour autant pas satisfaisante puisque le dépaysement des dossiers de plaintes contre les élus ordinaires n'est prévu que pour la phase de conciliation. À son issue, la plainte est à nouveau adressée au conseil dont dépend l'élu mis en cause. À charge pour ce conseil, en cas de non-conciliation, de transmettre la plainte à la chambre disciplinaire en s'y associant le cas échéant. En toute logique, cette phase d'analyse de la plainte et de suites de la conciliation devrait être également menée au sein du conseil où la plainte a été délocalisée.

B - Des absences de poursuites disciplinaires qui suscitent des interrogations

Nombreux sont les cas de médecins ayant fait l'objet de doléances, de signalements ou de plaintes (conciliées ou retirées par les plaignants), ou condamnés au pénal, ou encore placés sous contrôle judiciaire pour des faits en lien avec leur exercice, que ni le conseil départemental de l'ordre¹⁹³ ni le Conseil national n'ont poursuivis devant la juridiction disciplinaire.

¹⁹² Postérieurement au contrôle de la Cour, le dossier a été adressé au Conseil national qui a délocalisé l'examen de la plainte dans un autre conseil.

¹⁹³ Exemples dans le Nord-Pas-de-Calais : cas du Dr H. endocrinologue placé sous contrôle judiciaire avec interdiction d'exercer toute activité gynécologique ou de PMA depuis 2015 contre lequel aucune poursuite disciplinaire n'a été diligentée ou encore du Dr G. ayant continué de prescrire pendant sa suspension d'exercer de 8 mois.

En cas de condamnation pénale, la communication du jugement à l'ordre est obligatoire. Cette obligation, pourtant rappelée par une circulaire de la Chancellerie du 24 septembre 2013¹⁹⁴, n'est pas toujours remplie. Il n'existe en effet aucun système d'alerte ou de notification automatique des condamnations dans les logiciels utilisés par les greffes des juridictions pénales. Il arrive ainsi que des conseillers départementaux de l'ordre prennent connaissance de condamnations de certains de leurs confrères *via* les médias.

Pour autant, ces dysfonctionnements n'exonèrent pas l'ordre de ses responsabilités pour tous les cas où il a été dûment averti par la justice et où il n'a entrepris aucune poursuite disciplinaire. Même avertis par la presse de poursuites diligentées à l'encontre de confrères inscrits à leur tableau, les conseils départementaux prennent rarement l'initiative de contacter eux-mêmes les parquets ou de se constituer partie civile pour avoir accès aux dossiers.

C - Le traitement des plaintes pour des faits à caractère sexuel

Au cours des dernières années, plusieurs affaires médiatisées relatives à des viols et agressions sexuelles sur patients ayant conduit à la condamnation pénale de médecins, n'ont pas été traitées, sur le plan ordinal, avec la rigueur nécessaire. Ainsi en est-il des procès de deux gynécologues de la région parisienne, d'un généraliste de la région Nord ou encore de plusieurs psychiatres de la Sarthe.

Dans le cas de l'un des gynécologues¹⁹⁵, le conseil de l'ordre de Paris a été condamné par la cour d'appel de Paris en octobre 2012 à verser à l'une des victimes la somme de 3 000 €, pour avoir couvert les agissements du médecin pendant de nombreuses années. Alors que la première plainte figurant dans le dossier du praticien, suivie de plusieurs autres¹⁹⁶, date de novembre 1988, la CDPI n'a été saisie par le Conseil départemental qu'en 2006 et sa radiation n'a été prononcée par la juridiction ordinaire qu'en avril 2013. Il est apparu par la suite qu'un élu ordinal, dont la gestion de l'affaire avait été mise en cause par l'avocat général au cours de l'audience publique, lors de ce procès, et toujours en

¹⁹⁴ Circulaire du 24 septembre 2013 relative aux relations entre les parquets et les ordres de professions en lien avec la santé publique (NOR : JUSD1323940C).

¹⁹⁵ Le Dr X a été condamné le 20 février 2014 à huit ans de prison par la Cour d'Assises de Paris pour des faits de viols et agressions sexuelles sur six patientes.

¹⁹⁶ Datant de 1990, 1995 et 2004.

fonction en 2019, avait lui-même fait l'objet de plaintes de deux patientes différentes pour des faits à caractère sexuel¹⁹⁷.

Entre 2014 et 2017, 150 plaintes pour des faits à caractère sexuel ont été enregistrées dans les chambres disciplinaires de première instance, ce qui représente, en 2017, 3,5 % des plaintes et le 10^{ème} grief le plus souvent allégué sur une soixantaine recensés¹⁹⁸. Près de 43 % de ces plaintes ont fait l'objet d'un rejet. Les 57 % restants ont abouti, pour 11 %, à des avertissements ou blâmes, 5 % à des suspensions totalement assorties de sursis, donc sans effet immédiat sur l'exercice du praticien sanctionné ; 12 % ont abouti à des radiations et 29 % à des interdictions d'exercer assorties de sursis.

Les conseils départementaux de l'ordre prennent rarement l'initiative de déposer plainte devant la juridiction disciplinaire (seulement huit fois en 2016, dont six après le prononcé de condamnations pénales). Ils s'associent également peu aux plaintes des patients, sauf lorsque le médecin mis en cause reconnaît les faits¹⁹⁹.

L'analyse d'une cinquantaine²⁰⁰ de décisions rendues entre 2016 et 2017²⁰¹ révèle l'existence d'irrégularités de procédure (les plus fréquentes concernent des plaintes traitées comme de simples doléances) ou un manque de diligence dans le traitement des dossiers.

Le manque de diligence est le plus souvent lié à la non transmission aux chambres disciplinaires de faits similaires antérieurs ou simultanés mettant en cause les mêmes médecins. C'est ainsi le cas du Dr A., généraliste ostéopathe ayant fait l'objet, en trois ans, auprès de deux conseils, de trois plaintes de patientes pour des faits identiques d'attouchements sexuels. La première plainte a été traitée par le conseil des Alpes-de-Haute-Provence comme une doléance et classée sans conciliation. La seconde, transmise à la juridiction disciplinaire par le conseil du Var, a été rejetée pour absence de preuve, le conseil n'ayant pas

¹⁹⁷ L'une des plaintes a fait l'objet d'un désistement de la plaignante, et l'autre a été jugée irrecevable par la juridiction ordinaire, la plaignante ne s'étant pas acquittée du droit de timbre alors en vigueur.

¹⁹⁸ Ces plaintes sont notamment plus nombreuses que celles introduites la même année pour des arrêts de travail litigieux (34), sont égales au nombre de plaintes introduites par des médecins entre eux au titre de la diffamation (36) et très légèrement inférieures au nombre de plaintes introduites pour erreur de diagnostic (38) ou pour défaut d'information du patient (40).

¹⁹⁹ Soit 5 cas sur 8 en 2016.

²⁰⁰ Parmi 90 décisions relatives à des faits à caractère sexuel transmises par le greffe du CNOM à la demande de la Cour.

²⁰¹ Réparties dans presque toutes les régions françaises.

porté à la connaissance de la chambre l'existence de la première plainte. Une troisième plainte pour des faits identiques a été déposée en 2018.

Les poursuites et sanctions disciplinaires interviennent souvent bien après des sanctions pénales. Tel est le cas d'un médecin d'un département du centre de la France, déjà condamné pour agression sexuelle à six mois d'interdiction d'exercer par le tribunal correctionnel au début des années 2000, que le conseil de l'ordre n'a décidé de poursuivre au disciplinaire qu'en mai 2016, après une récidive dont l'ordre était informé depuis 2015, ou encore du Dr X, poursuivi par le Conseil national plus de trois ans après sa condamnation en février 2014 par le tribunal correctionnel de Cayenne pour des faits d'agression sexuelle sur mineur par personne ayant autorité.

Trois exemples de traitement des plaintes à La Réunion

1/ Le Dr C., conseiller ordinal au conseil départemental de La Réunion (CDOM) entre 2006 et 2009, a été condamné le 14 octobre 2010 par le tribunal correctionnel à six mois de prison avec sursis, deux ans de mise à l'épreuve et obligation de soins pour consultation d'images pédopornographiques. Le CDOM n'a intenté aucune poursuite disciplinaire. Un an plus tard, sous la pression de 131 médecins signataires d'une pétition, le CDOM s'est résolu à porter plainte. Le 30 septembre 2013, le Dr C. a été condamné à un blâme. Parallèlement, l'ordre a continué d'apporter son soutien au Dr C. et porté plainte pour « atteinte à la confraternité » contre le praticien lanceur d'alerte à l'origine de la pétition. Sur appel du CNOM et du Procureur de la République en mars 2015, la sanction initiale a été alourdie et une interdiction d'exercer pendant six mois dont quatre avec sursis a été prononcée²⁰².

2/ Le 30 avril 2015, le Dr R. a été radié du tableau de l'ordre, décision confirmée en septembre 2017. Dans ce dossier, le CDOM est resté longtemps inactif. En effet, cette sanction n'est intervenue que quatre ans après la condamnation pénale du praticien à huit ans de prison, portée à 12 ans de prison en appel, pour viols aggravés, viol sur mineure de 15 ans par personne ayant autorité que lui confère ses fonctions, et agressions sexuelles sur mineure de moins de quinze ans.

²⁰² Il a fallu une nouvelle plainte en 2016 à la suite d'une récidive pour que soit prononcée une radiation définitive du tableau de l'ordre, confirmée en appel en avril 2018.

3/ En 2005, le Dr S., médecin à Mayotte, a été condamné par le tribunal correctionnel à deux ans de prison avec sursis assortis d'une interdiction temporaire d'exercice de trois ans pour agression sexuelle par personne abusant de l'autorité qui lui confère sa fonction. En octobre 2006, le CDOM de Mayotte ayant refusé de l'inscrire au tableau, il s'est alors adressé au CDOM de La Réunion qui a validé son inscription en décembre 2006. L'ordre a donc autorisé le praticien à exercer, en dépit d'un jugement du tribunal qui le lui avait interdit. À la suite d'une récidive, il a été condamné le 18 mars 2015 par la Chambre disciplinaire nationale à la radiation définitive.

Les sanctions prononcées à l'encontre des médecins ayant eu des relations consenties avec des patients sont très hétérogènes, ces sanctions pouvant aller de l'avertissement à la radiation. Après une première campagne de sensibilisation en 2017, le Conseil national a ajouté au code de déontologie, en mars 2019, un commentaire prohibant tout rapport sexuel entre praticiens et patients, considérant qu'il s'agit, de la part du médecin, d'un abus de faiblesse. Cet ajout pourrait permettre de mieux qualifier les faits et d'homogénéiser les sanctions prononcées.

L'actualité récente, relative aux agissements d'un chirurgien de Charente-Maritime, démontre, s'il en était besoin, l'importance d'une transmission rapide et complète des informations disponibles au sein de l'ordre mais également entre celui-ci, les autorités administratives et le cas échéant judiciaires, ainsi que les employeurs.

III - Une justice disciplinaire marquée par de nombreuses insuffisances

Le principe de la justice ordinale est de faire juger les médecins par leurs pairs. Siègent donc au sein des chambres disciplinaires des élus ordinaires – ou d'anciens élus ordinaires –, sous la présidence d'un magistrat de l'ordre administratif²⁰³.

Les chambres disciplinaires de première instance (CDPI) ont jugé, en 2017, 1 319 affaires et la CDN près de 400. De 2012 à 2017, l'activité des CDPI a augmenté de 32 % et celle de la CDN de 23 %. Les deux tiers

²⁰³ Les CDPI sont présidées par un magistrat professionnel depuis la loi du 4 mars 2002.

des plaintes émanent de patients, 12 à 14 % émanent de médecins, près de 20 % de conseils départementaux de l'ordre, 1 % du CNOM ou d'ARS²⁰⁴.

Les recommandations formulées par la Cour à la suite du contrôle de 2011 et par le Conseil d'État en 2013, portant sur le renforcement de la compétence, de l'indépendance et de l'impartialité des juridictions ordinaires, n'ont été que peu suivies d'effet. Certains faits récents illustrent l'importance d'une prise de conscience des difficultés rencontrées par ces chambres et la nécessité d'une réforme de leur fonctionnement.

A - Une professionnalisation de la justice disciplinaire à achever

1 - Des délais de jugement en baisse, mais supérieurs au plafond légal

Le délai moyen de jugement, pour l'ensemble des CDPI, était en 2017 de 9 mois et 23 jours, sensiblement supérieur au délai de six mois imposé par la loi pour statuer sur une plainte disciplinaire²⁰⁵.

Il n'existe pas de corrélation entre le nombre d'affaires enregistrées par les chambres et leurs délais de jugement. Ainsi, avec un volume de moins de cinquante affaires chacune jugées en 2016, plusieurs juridictions avaient des délais de jugement supérieurs à un an, alors que sept autres ont respecté le délai de six mois. Les CDPI d'Auvergne et d'Antilles-Guyane enregistrent les plus longs délais, un peu plus de 14 mois, alors qu'elles n'ont jugé respectivement que 17 et 21 dossiers au cours de l'année.

Pour combler leur retard, ces juridictions, ainsi que celles connaissant une progression constante de leur activité comme l'Île-de-France ou PACA-Corse, auraient pu faire le choix d'augmenter durablement leur nombre d'audiences. Tel n'a pas été le cas.

2 - Un manque de pilotage global dans la gestion des juridictions

Contrevenant à l'obligation légale qui est la sienne, le Conseil national s'est jusqu'à présent abstenu de fixer chaque année la part de la cotisation consacrée au fonctionnement des chambres disciplinaires. Les

²⁰⁴ En appel, un quart seulement des recours émane de patients et la moitié des médecins poursuivis.

²⁰⁵ Article L. 4124-1 du CSP.

besoins budgétaires des chambres sont ainsi établis par les conseils régionaux, sans que soit garanti un traitement équitable entre les juridictions. Dès lors que les chambres disciplinaires ne bénéficient pas de ressources identifiées, qu'elles ne disposent pas d'un budget propre et que l'ordre n'a pas développé d'outil de comptabilité analytique, leur coût de fonctionnement global n'est pas précisément connu.

Il peut toutefois être évalué à près des 2/3 du budget des conseils régionaux, soit un peu plus de 6,5 M€. Le budget de la CDN, qui fait quant à lui l'objet d'un chiffrage annuel, se monte en moyenne à 1,8 M€ par an (soit moins de 2 % des dépenses de l'ordre dans son ensemble).

Une circulaire du Conseil national du 26 novembre 2014 a certes invité les conseils régionaux à prévoir, pour le fonctionnement des chambres, des lignes budgétaires différenciées faisant apparaître le salaire des greffiers ainsi que les indemnités allouées aux assesseurs. Mais ces consignes, insuffisamment respectées et peu contrôlées, n'ont pas permis au Conseil national de détecter des disparités, voire des anomalies patentes, concernant notamment les rémunérations des assesseurs. Les anomalies ne sont pas davantage identifiées par les présidents de chambre, rarement associés par l'ordre à la gestion de leur juridiction et isolés dans l'exercice de leur mission²⁰⁶.

3 - Des assesseurs souvent largement indemnisés

La loi autorise le versement d'indemnités aux assesseurs, comme à tout membre de l'ordre qui assure une mission ponctuelle²⁰⁷. De fait, les assesseurs sont toujours indemnisés.

En dépit de la préconisation faite en 2013 par la mission d'inspection des juridictions administratives d'unifier les rémunérations des assesseurs et des rapporteurs afin de rendre plus attractives les fonctions juridictionnelles, celles-ci sont restées très hétérogènes. La rémunération pour participation à l'audience²⁰⁸ peut varier du simple au triple, de 80 € en Aquitaine à plus de 240 € en PACA-Corse. La rémunération au rapport peut, quant à elle, varier du simple au décuple : de 50 € dans le Centre ou l'Alsace à 540 € en Lorraine pour les dossiers les plus complexes.

Par ailleurs, s'il est possible de rémunérer différemment, comme en Basse-Normandie, un assesseur-simple et un assesseur-rapporteur, le

²⁰⁶ Aucune réunion des présidents de juridiction n'a eu lieu depuis juin 2015.

²⁰⁷ Article R.4125-9 du CSP.

²⁰⁸ Une audience se tient sur ½ journée.

cumul des indemnités d'audience et des indemnités de rapporteur est quant à lui sujet à caution. Telle est en tout cas l'analyse de la chambre disciplinaire nationale, au sein de laquelle les assesseurs sont rémunérés 241,50 € par audience, aucune indemnité spécifique n'étant versée au rapporteur. Ce cumul est pourtant fréquent dans les juridictions de première instance. Il aboutit à servir à des assesseurs des rémunérations pouvant atteindre 747 € par audience dans une région, pour des cas complexes.

De tels montants sont très supérieurs au montant réglementaire des indemnités versées, jusqu'en 2018, par les agences régionales de santé (ARS) aux présidents de juridiction de première instance et fixées par arrêté ministériel à 183 € par audience²⁰⁹, ce montant couvrant la préparation de l'audience, sa tenue et la rédaction des jugements. Depuis le 1^{er} janvier 2019²¹⁰, ce montant s'élève à 400 € par audience et son paiement est à la charge de l'ordre.

4 - Un investissement inégal des présidents de chambre dans l'organisation et la gestion de leur juridiction

Les magistrats présidant la chambre nationale étaient, quant à eux, rémunérés par le Conseil national sur la base de montants librement fixés par l'ordre, en l'absence de tout texte autorisant cette prise en charge, comme cela a été constaté par la Cour pour d'autres ordres des professions de santé.

La réforme amorcée en 2017²¹¹, suite aux recommandations de la Cour formulées à l'occasion du contrôle de l'ordre des chirurgiens-dentistes, a permis de donner une base légale à ces rémunérations et de réévaluer substantiellement le montant des indemnités versées aux présidents de chambres de première instance, dont le montant constituait un frein aux candidatures et pouvait expliquer de longues phases de vacances de poste dans certaines chambres.

Les modalités de rémunération par audience n'ont pas incité à une organisation efficiente des juridictions. Certaines ont en effet pris le parti – plus rémunérateur – d'augmenter le nombre d'audiences et de limiter le nombre de dossiers par audience²¹². D'autres ont pu traiter en audience des

²⁰⁹ Arrêté du 28 août 2007 modifié par un arrêté du 3 juillet 2014.

²¹⁰ Arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget du 3 mai 2018.

²¹¹ Ordonnance du 27 avril 2017 et arrêté du 3 mai 2018.

²¹² Exemple d'une région de la moitié nord de la France qui a limité à deux le nombre de dossiers par audience alors qu'il est de quatre en moyenne ailleurs.

affaires relevant d'une ordonnance. Ainsi, de simples désistements de plainte²¹³ ou des rejets de plainte pour irrecevabilité ont été « audiencés » et jugés dans un délai deux fois supérieur au délai légal, alors qu'ils auraient pu être réglés par ordonnance²¹⁴. Or, les magistrats ne sont pas rémunérés lorsqu'ils statuent par ordonnance, tandis que l'ensemble des membres de la chambre le sont en cas d'audience.

Dans les faits, une majorité de présidents se rendent en juridiction pour présider les audiences ou signer des ordonnances ainsi que pour retirer les dossiers en état d'être jugés, laissant *de facto* les personnels de greffe gérer et organiser seuls la juridiction. Peu nombreux sont les présidents qui participent à l'évaluation de ces derniers ou à leur recrutement. À peu près aucun ne connaît l'outil informatique de gestion des procédures qui a été déployé dans tous les greffes de l'ordre.

La nomination de présidents suppléants aux côtés des titulaires, dans toutes les CDPI, devrait être de nature à remédier à ces difficultés, d'autant que le volume des dossiers de plusieurs CDPI est amené à fortement augmenter à la suite de la fusion des régions – et donc des chambres disciplinaires – intervenue en février 2019.

5 - Une modernisation nécessaire

La nomination de magistrats à la présidence des chambres disciplinaires, la mise en place d'un logiciel de suivi des affaires par les greffes et la professionnalisation progressive des personnels de greffe ont contribué à améliorer la qualité des décisions rendues par les juridictions ordinaires. Mais la forte proportion d'annulations en appel, la faiblesse voire l'inexistence de l'instruction, ou encore la quasi-absence de liens entretenus avec les juridictions pénales dans les affaires les plus graves où ce serait nécessaire, démontrent que la justice ordinaire n'a pas encore atteint un niveau de maturité et de professionnalisme suffisant. Les pouvoirs qui lui sont conférés – dont celui de suspendre ou radier un médecin – imposent pourtant un haut degré d'exigence.

L'augmentation constante de l'activité des chambres disciplinaires renforce ce besoin, de même que la technicité croissante des contentieux, l'intervention plus fréquente d'avocats spécialisés et le souhait d'une plus grande transparence exprimé par les médecins autant que par les patients.

²¹³ CDPI Aquitaine, n° 1495, du 26 juin 2018.

²¹⁴ CDPI Aquitaine, n° 1543 et n° 1544, 26 juin 2018.

Les efforts engagés pour harmoniser les jurisprudences des différentes chambres disciplinaires de première instance doivent être poursuivis. Avec la mise en place de l'outil Thémis, l'accès à la jurisprudence a été simplifié mais le moteur de recherche utilisé est jugé peu performant par de nombreux greffiers, les assesseurs n'y ayant quant à eux pas accès²¹⁵.

Le manque de performance des outils communs aux juridictions ainsi que des échanges limités avec la chambre disciplinaire nationale expliquent l'insuffisante harmonisation des sanctions²¹⁶ rendues pour des faits portant sur des griefs identiques.

Le greffe de la chambre disciplinaire nationale a relevé à ce sujet « l'absence de corrélation entre les manquements sanctionnés et le quantum de la sanction ».

Ces constats plaident pour qu'un effort particulièrement vigoureux soit consenti en matière de formation des personnels et des conseillers de ces juridictions et pour que des échanges entre présidents de chambres disciplinaires soient organisés régulièrement.

B - Des conditions d'indépendance et d'impartialité des juridictions imparfaitement remplies

La professionnalisation et l'indépendance des juridictions ordinales ont été sensiblement confortées depuis 2017, avec un renforcement du régime d'incompatibilité applicable au président de la chambre disciplinaire nationale ou aux assesseurs des chambres de première instance²¹⁷ et la fixation par arrêté du montant des indemnités allouées aux présidents des chambres disciplinaires²¹⁸.

²¹⁵ Les assesseurs ont accès à des informations sur l'intranet de l'ordre, via un moteur de recherche également inopérant.

²¹⁶ Pour mémoire, les chambres disciplinaires peuvent prononcer quatre types de sanctions : l'avertissement, le blâme, l'interdiction d'exercer totale ou partielle, la radiation.

²¹⁷ Incompatibilité des fonctions de conseiller d'État chargé d'assister le Conseil national avec celles de président de la chambre disciplinaire ; incompatibilité également entre les fonctions de président ou de secrétaire général d'un conseil et celle d'assesseur à la chambre disciplinaire de première instance (ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017 codifiée à l'article L. 4122-3 du CSP).

²¹⁸ Art. 2 de l'ordonnance n° 2017-644 du 27 avril 2017, codifiée à l'art. L. 4124-7 du CSP.

Ces mesures, qui constituent une indéniable garantie de plus grande indépendance des juridictions, ont été prises malgré l'opposition du Conseil national de l'ordre.

1 - Un positionnement ambigu des personnels de greffe

Le personnel de greffe est placé sous l'autorité fonctionnelle du président de la juridiction qui définit ses missions. Cette indépendance, qui découle d'une disposition légale, est en effet une condition essentielle de l'indépendance des chambres disciplinaires.

Dans la plupart des régions, ces salariés assument tour à tour des fonctions de greffe de la chambre disciplinaire et d'agent administratif du conseil régional ou d'un conseil départemental, à l'exception notable de Auvergne-Rhône-Alpes. Un même salarié peut ainsi participer, au sein d'un conseil départemental, à la rédaction des procès-verbaux de conciliation et des plaintes, avant d'instruire ces mêmes plaintes et d'assister aux audiences et aux délibérés en tant que greffier à la chambre disciplinaire.

Cette dualité de fonctions, justifiée par le faible volume d'activité de certaines chambres²¹⁹, peut cependant poser des difficultés de positionnement aux personnels concernés, placés sous la double autorité du président du conseil de l'ordre et du président de la chambre disciplinaire.

Cette situation devient particulièrement délicate lorsque ces salariés ont des liens familiaux avec les élus ordinaires pouvant faire peser un doute sur l'indépendance des travaux de la juridiction. Ainsi, dans trois régions, la greffière de la chambre disciplinaire se trouvait être la fille d'un assesseur, également membre du conseil régional et président ou secrétaire général d'un conseil départemental de ladite région – voire dans un cas membre du bureau du Conseil national²²⁰.

²¹⁹ 18 chambres sur 25 comptent moins de 50 affaires enregistrées par an (chiffres 2017).

²²⁰ Selon l'ordre, il aurait été récemment mis fin à ces situations.

2 - Des conseils régionaux qui peuvent entraver le bon fonctionnement des juridictions

a) A la CDPI d'Ile-de-France, un manque de personnel et une faille dans la sécurité informatique des dossiers en cours et archivés

En Ile-de-France, le nombre d'affaires jugées a diminué entre 2015 et 2017, passant de 348 à 307. Parallèlement, le délai de jugement a augmenté de quatre mois et le nombre d'affaires en instance de jugement représente désormais une année d'activité.

Cette dégradation s'explique par la complexité croissante des dossiers mais également par le choix, lié en partie à un manque d'effectifs au greffe, de ne pas organiser de nouvelles audiences. Son effectif est de quatre personnes, quand la chambre nationale, qui a traité 394 dossiers en 2017, compte quatre juristes expérimentés et six secrétaires.

Parallèlement, un effort a été fait pour dématérialiser les procédures. Les nouveaux dossiers ont ainsi été numérisés et rendus accessibles sur des tablettes lors des audiences. Cette dématérialisation a cependant été réalisée sur un serveur commun au greffe, auquel le président, le trésorier et le secrétaire général avaient accès depuis leur ordinateur. Aucune confidentialité des affaires n'était donc assurée. Ce n'est que sur la recommandation de la Cour, à l'occasion du contrôle, que les accès ont été bloqués en octobre 2018.

Les dossiers physiques, confidentiels, étaient quant à eux classés dans des armoires non sécurisées, facilement accessibles aux élus ordinaires jusqu'en fin d'année 2018. C'était également le cas en PACA-Corse, à La Réunion ou encore dans en Pays-de-la-Loire.

b) A la CDPI de Lorraine, une situation de crise illustrant les difficultés d'indépendance de certaines CDPI

En Lorraine, les relations très tendues entre le président du conseil régional et la greffière, ont abouti en novembre 2018 à une crise préjudiciable au bon fonctionnement de la chambre disciplinaire : les travaux de la juridiction ont été totalement interrompus pendant trois semaines, à la suite de la saisie par un huissier, à la demande du président du conseil régional de l'ordre, de l'ordinateur de la juridiction, dans le cadre d'une procédure de licenciement lancée à l'encontre de la greffière. Les magistrats de la CDPI ont été mis devant le fait accompli.

Cette situation illustre la nécessité d'assurer aux greffiers une réelle indépendance vis-à-vis des élus du conseil régional. À cet égard, le nouveau règlement intérieur du Conseil national, adopté en décembre 2018, qui prévoit d'associer les présidents de juridiction aux décisions concernant les greffiers, représente un progrès. Il convient d'aller plus loin en confiant au niveau national la gestion de ces personnels et en harmonisant leur niveau de rémunération sur le territoire national.

3 - Des problèmes récurrents d'impartialité au sein des formations de jugement

La composition des chambres disciplinaires porte en elle des risques de défaut d'impartialité et de conflits d'intérêt, les assesseurs pouvant se trouver en position de juge et partie quand est jugé un confrère inscrit au conseil départemental dont ils sont élus.

Conscients de ces risques, le Conseil national et la chambre disciplinaire nationale ont diffusé en 2014 une charte déontologique des membres des juridictions²²¹ fixant des règles d'incompatibilité et des recommandations de déport²²².

En dépit de ces précautions, la chambre d'appel a annulé en 2017, pour partialité de la composition de formation de jugement, 13 décisions rendues dans au moins huit juridictions. Aucune poursuite n'a cependant été engagée – ni même aucun rappel à l'ordre formalisé – à l'encontre des médecins ayant siégé dans ces conditions contrevenant à la charte de déontologie.

En 2017, deux ordonnances ont renforcé le régime des incompatibilités, en prohibant le cumul des fonctions²²³ de président et de secrétaire général d'un conseil avec celle d'assesseur. Ces dispositions ne s'appliquent qu'au fur et à mesure des remplacements découlant des élections. En décembre 2018, 23 élus répartis dans 17 chambres disciplinaires étaient encore officiellement à la fois assesseur et président ou secrétaire général de conseils régionaux²²⁴.

²²¹ CNOM/CHDN/3/04/2014.

²²² Une décision de la chambre disciplinaire nationale du 26 mai 2015 a ensuite interdit la présence, dans une formation de jugement, d'un assesseur membre du même conseil départemental que celui au tableau duquel le praticien jugé est inscrit.

²²³ Articles L. 4122-3 et L. 4124-7 du CSP.

²²⁴ Dans six CDPI (Antilles-Guyane, Basse-Normandie, Champagne-Ardenne, Haute-Normandie, Lorraine et Pays-de-la-Loire) ce sont à la fois le président et le secrétaire

Afin d'assurer une plus grande impartialité des chambres disciplinaires et de garantir effectivement leur indépendance vis-à-vis des organes administratifs de l'ordre, il conviendrait d'interdire la nomination, aux fonctions d'assesseur, des élus ordinaires en poste ou ayant exercé des fonctions ordinaires dans les trois dernières années.

Cette rupture du lien existant aujourd'hui entre les fonctions d'assesseurs et d'élus ordinaires serait au bénéfice de l'exemplarité et du professionnalisme des élus. Si de nombreux assesseurs s'impliquent dans leurs fonctions avec la conscience de la responsabilité supplémentaire qui leur incombe, d'autres font preuve d'un comportement critiquable. Le respect scrupuleux des règles de déontologie est particulièrement nécessaire pour ceux qui sont chargés de juger leurs pairs et de faire respecter la déontologie médicale.

Exemples de manquements déontologiques de la part d'assesseurs

40 décisions disciplinaires ont été annulées entre 2015 et 2017 du fait de la partialité de la composition de la formation de jugement.

Certains assesseurs font montre d'une indulgence difficile à justifier vis-à-vis de confrères qu'ils sont réputés juger impartialement : dans deux cas, des élus ont siégé en CDPI en qualité d'assesseur alors qu'ils connaissaient personnellement le médecin poursuivi (cas en PACA-Corse en 2013, en Lorraine en 2018) ; d'autres élus, dans des conseils départementaux, comme à Paris, ont retardé l'engagement de poursuites disciplinaires contre des médecins accusés d'agressions sexuelles ou de viols²²⁵, ces poursuites n'intervenant bien souvent qu'après l'engagement des poursuites judiciaires, voire après la condamnation pénale desdits médecins.

général du CROM qui étaient assesseurs. Les CROM de Normandie et des Pays de la Loire ont mis fin à ce cumul en 2019.

²²⁵ « En s'abstenant de transmettre l'un ou plusieurs des courriers dont il avait été saisi avant 2004 au conseil régional [...] et sans établir ni même alléguer l'existence d'un intérêt général justifiant cette abstention, [le CDOM de Paris] a commis une faute de nature à engager sa responsabilité » (Cour d'appel de Paris, décision n° 11PA03595 condamnant en octobre 2012 le CDOM de Paris à verser à l'une des victimes d'un gynécologue parisien la somme de 3 000 €, dans le cadre de l'affaire mentionnée au II C *supra*).

Dans un cas au moins, un assesseur, condamné pénalement, continue à siéger et à juger ses pairs. Conseiller ordinal du Sud de la France, il a été condamné pour travail illégal par le tribunal correctionnel en 2013 – il avait été mis en examen pour avoir délivré un faux arrêt maladie à un maçon tout en l’employant – ; il a conservé ses fonctions ordinaires et a été élu en qualité d’assesseur à la chambre disciplinaire de sa région.

La Cour a identifié d’autres cas d’assesseurs trop complaisants à l’égard des confrères qu’ils jugent (au moins cinq cas) et d’assesseurs ayant violé les règles déontologiques dont ils doivent être les garants (au moins cinq cas également).

Ces exemples plaident pour que la fonction d’assesseur soit rendue incompatible avec celles d’élu ordinal et pour qu’une enquête de moralité approfondie soit effectuée avant la désignation des assesseurs.

C - Des évolutions procédurales nécessaires

1 - Des pouvoirs d’instruction insuffisamment utilisés par les rapporteurs

Les chambres disciplinaires ne disposent que rarement d’informations relatives à la situation des médecins poursuivis, aux plaintes dont ils ont pu faire l’objet antérieurement ou à d’éventuelles autres procédures en cours les concernant. Porter à la connaissance des rapporteurs et des magistrats, outre les précédentes décisions rendues par la juridiction ordinale, l’existence de faits antérieurs, surtout quand ils sont similaires, serait pourtant de nature à éclairer leur jugement, notamment dans les affaires où la charge de la preuve est difficile à apporter, comme les affaires de mœurs ou de refus de soins.

À tout le moins, l’absence de transmission systématique de ces informations aux chambres disciplinaires pourrait être compensée par la réalisation « en routine » d’actes d’instruction visant à s’assurer de la complétude des dossiers. Les rapporteurs ont en effet le pouvoir d’entendre les parties, de recueillir tous témoignages et de procéder à toutes constatations utiles à la manifestation de la vérité²²⁶, pouvoirs qu’ils n’exercent que très rarement. De plus, la juridiction disciplinaire peut, contrairement à la juridiction administrative, se fonder sur des faits nouveaux connus au cours de la procédure et tenir compte de l’ensemble du comportement d’un praticien sans devoir se limiter aux seuls faits dénoncés dans la plainte²²⁷. À l’exception de la chambre disciplinaire de

²²⁶ Article R. 4126-18 du CSP.

²²⁷ CE 29 janvier 1997, CPAM de Rouen, CE 19 octobre 1956, Princeteau.

Rhône-Alpes, dont les assesseurs entendent chaque partie avant l'audience, rares sont les rapporteurs à approfondir l'instruction.

2 - Une forte proportion de décisions annulées en appel

En 2011 déjà, la Cour s'interrogeait sur la qualité de la préparation des décisions juridictionnelles, compte tenu de la proportion très élevée d'annulation en appel des décisions des chambres de première instance, alors même que celles de la chambre nationale n'étaient quasiment jamais remises en cause par le Conseil d'État en cassation.

La situation n'a guère évolué, comme le montre le tableau ci-après. Sur les 292 affaires examinées en 2017, seules 39 % ont été confirmées par la Chambre disciplinaire nationale (CDN).

Tableau n° 7 : sens des décisions de la Chambre disciplinaire nationale

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'affaires jugées	267	236	265	279	302	292
<i>dont confirmations</i>	130 (49 %)	123 (52 %)	130 (49 %)	130 (47 %)	137 (45 %)	115 (39 %)
<i>dont réformations</i>	45 (17 %)	31 (13 %)	39 (15 %)	52 (18 %)	54 (18 %)	45 (15 %)
<i>dont annulations</i>	85 (32 %)	75 (32 %)	82 (31 %)	92 (34 %)	104 (35 %)	92 (32 %)
<i>dont annulations partielles</i>	7 (2 %)	7 (3 %)	14 (5 %)	5 (1 %)	7 (2 %)	40 (14 %)

Source : CNOM

La moitié des décisions annulées par la chambre disciplinaire nationale l'ont été pour vice de forme ou de procédure, en raison d'un manque d'impartialité de la composition de jugement ou en raison de la qualité même des jugements : insuffisance de motivation, non prise en compte de certains griefs, défaut d'analyse de la validité de la plainte et de la qualité à agir notamment.

Ces mauvais résultats s'expliquent par l'absence de formation de certains personnels de greffe, le manque de formation spécifique des assesseurs²²⁸ ou encore le faible volume de dossiers examinés par certaines chambres.

Une meilleure formation juridique des assesseurs et des personnels départementaux, une analyse juridique systématique par le Conseil national de l'ensemble des décisions des chambres de première instance, ainsi que la capacité pour la chambre disciplinaire nationale de soulever d'office certains griefs seraient de nature à faire baisser sensiblement le nombre d'annulations pour vice de procédure.

3 - Des adaptations indispensables du cadre législatif et réglementaire

La modernisation de la justice ordinale ne dépend pas seulement de la capacité de l'ordre à s'améliorer, à moderniser ses outils et à former ses personnels et ses élus. Pour répondre aux attentes des justiciables, elle passe également par une modification du cadre législatif et réglementaire qui lui est applicable.

a) Clarifier la notion de « doléance »

Le ministère de la santé partage l'analyse de la Cour selon laquelle il n'appartient pas aux conseils départementaux de l'ordre de procéder à une qualification des courriers adressés à l'ordre par les patients, un tel tri entre « doléances » et « plaintes » étant de nature à nuire « manifestement à la prise en charge exhaustive et juste des plaintes que les usagers ont entendu porter ».

Pour faciliter le traitement du volume des courriers de signalement souvent hétérogènes, et dans l'intérêt des patients, il conviendrait de faire obligation à l'ordre d'accuser réception de l'ensemble des signalements reçus et d'aviser leurs auteurs de la possibilité de déposer une plainte en bonne et due forme si tel est leur souhait.

Enfin, par souci de transparence, il doit être demandé à l'ordre de rendre compte publiquement chaque année du nombre de courriers de signalement reçus, en distinguant les plaintes des « doléances » et en indiquant le nombre de plaintes ayant fait l'objet de conciliation.

²²⁸ En 2013, le président de la CDN avait exprimé son opposition à la proposition de la MIJA de mettre en place des formations annuelles d'assesseurs assurées par la CDN.

b) Dématérialiser intégralement les procédures

Si la dématérialisation des procédures est effective devant les juridictions administratives et en cours de déploiement pour les sections des assurances sociales, elle n'a pas encore été engagée par les juridictions disciplinaires. De ce fait, les conseils départementaux de l'ordre consacrent un temps précieux à mettre en forme et reproduire en cinq exemplaires²²⁹ les dossiers de plainte destinés aux chambres disciplinaires. Ce travail fastidieux, consommateur de temps et coûteux²³⁰, entraîne de fréquents retards dans la transmission des plaintes.

Les fonctionnalités du logiciel de suivi des procédures permettent pourtant la saisie de pièces dématérialisées, mais elles ne sont aujourd'hui guère utilisées.

c) Réviser les règles d'appel

Il résulte des principes généraux du droit qu'une sanction infligée en première instance ne peut pas être aggravée par le juge d'appel s'il n'est saisi que du seul recours du médecin sanctionné. A l'inverse, si l'appel est introduit par un autre que le médecin poursuivi, le juge d'appel, même s'il constate l'absence de faute, ne peut prononcer de peine plus légère que celle prononcée en première instance.

Le juge d'appel disciplinaire est ainsi lié par des règles procédurales qui peuvent aboutir à léser les plaignants aussi bien que les médecins poursuivis. Un jugement d'appel rendu le 27 juin 2012²³¹ sur une décision de la chambre disciplinaire d'Ile-de-France ayant condamné un médecin à un blâme, pour défaut de soins consciencieux et dévoués, est à cet égard illustratif. La chambre d'appel relève que le « comportement gravement fautif [du Dr X] aurait justifié une sanction nettement plus importante que celle du blâme qu'ont retenue à son encontre les premiers juges, mais qu'en l'absence d'appel a minima de la plaignante, il n'est pas possible au juge d'appel de se prononcer ; qu'il en résulte que les appels du Dr. X et du conseil départemental de Seine-et-Marne doivent être rejetés ».

Afin de permettre à la chambre disciplinaire nationale d'exercer la plénitude de ses compétences, sur le fond comme sur le quantum de sanction prononcée, il est indispensable, en l'état actuel des textes, que les

²²⁹ Selon les préconisations du CNOM du 10 octobre 2018, en référence aux articles R. 411-3 et R. 411-4 du code de justice administrative.

²³⁰ Frais de personnel, fournitures, frais postaux et lieux de stockage.

²³¹ Chambre disciplinaire nationale n° 11119.

conseils départementaux – ou le Conseil national de l’ordre – fassent eux-mêmes appel, à la suite de l’appel formé par un médecin condamné en première instance. Or, en 2017, cette faculté n’a été exercée que dans 4 % des affaires. Les médecins sanctionnés ont donc tout intérêt à faire systématiquement appel, puisque, dans 96 % des affaires, la sanction prononcée en première instance n’a pu être aggravée du fait de l’ordre.

Des consignes claires mériteraient d’être diffusées par le Conseil national aux conseils territoriaux, d’une part pour rappeler ces règles procédurales singulières encore ignorées de nombreux élus, d’autre part pour harmoniser les pratiques des conseils en matière disciplinaire.

Par ailleurs, et comme le suggère l’ordre lui-même, il semblerait opportun de revoir les délais de recours pour permettre aux parties pouvant interjeter appel de disposer d’un temps de réflexion suffisant. En l’état actuel des textes, ce délai n’est que de trente jours, alors que le délai de droit commun est de deux mois.

d) Permettre l’examen des plaintes à l’encontre des médecins chargés d’une mission de service public

Les plaintes de patients ou de médecins à l’encontre des médecins chargés d’une mission de service public, souvent des hospitaliers, bien qu’en augmentation, ne sont pas recevables²³².

Le Conseil national recommande cependant aux conseils départementaux de proposer une conciliation, même si elle n’est pas prévue par les textes. La procédure n’aura pas d’autre suite si la conciliation n’aboutit pas, la plainte ne pouvant pas être transmise à la chambre disciplinaire, sauf à ce que le CDOM l’endosse. L’application de ces consignes s’est révélée très hétérogène.

Afin de garantir aux plaignants une équité de traitement, tous les médecins devraient être soumis aux mêmes règles procédurales, à l’exception toutefois de ceux chargés d’une mission d’expertise ou de contrôle afin d’éviter les procédures abusives.

²³² Aux termes de l’article L. 4124-2 du code de la santé publique, seuls le ministre de la Santé, le préfet, le directeur général de l’ARS, le procureur de la République, le CNOM ou le CDOM au tableau duquel le praticien est inscrit peuvent saisir la CDPI.

e) Gérer les plaintes sérielles

La justice disciplinaire de l'ordre a été saisie, à plusieurs reprises ces dernières années, de plaintes « sérielles » telles que les juridictions administratives ou judiciaires ont pu en connaître notamment en matière de santé publique ou d'environnement : plaintes portées contre les traitements de la maladie de Lyme, plaintes contre des médecins « anti-vaccins » ou, plus récemment, plaintes contre les médecins opposés au remboursement de certaines médecines dites « alternatives » dont l'homéopathie²³³.

Ces plaintes multiples concernent des faits communs et visent plusieurs médecins répartis dans plusieurs régions, ce qui occasionne de nombreuses saisines identiques de plusieurs chambres disciplinaires.

En pareilles circonstances, il paraît souhaitable, pour une administration plus efficace et plus rapide de la justice disciplinaire, de prévoir une disposition légale permettant au président de la chambre disciplinaire nationale de désigner une seule chambre disciplinaire de première instance pour statuer sur l'ensemble de ces plaintes²³⁴.

f) Publier les décisions rendues

Certains pays ont fait le choix, dans un souci de transparence destiné à assurer la sécurité des patients et garantir l'effectivité des décisions de justice, de rendre publiques les décisions de suspension ou radiation. La France devrait s'en inspirer pour imposer la publication, sur le site de l'ordre des médecins, des mesures de radiation et de suspension d'exercer et permettre au public d'y effectuer des requêtes par nom.

**La publicité des sanctions prononcées :
deux exemples étrangers**

Au Royaume-Uni, le *Medical Act* de 1983 a donné au *General Medical Council*, dans l'intérêt du public, le pouvoir de révéler des informations sur les médecins ayant des pratiques dangereuses. Les décisions de suspension ou de radiation sont ainsi publiées sur le site internet du GMC et une circulaire mensuelle de ces décisions est aussi transmise aux autorités compétentes britanniques et à certaines autorités d'autres pays. Le public peut faire une recherche sur un praticien par son nom ou son numéro de référence et peut trouver sur le site toutes les sanctions qui ont été prononcées à son encontre.

²³³ Une cinquantaine de médecins à travers la France sont concernés pour avoir signé une tribune dans *Le Figaro*.

²³⁴ À l'instar des pôles de santé publique en matière pénale.

Au Québec, les limitations ou suspensions du droit d'exercice, les radiations du tableau de même que les révocations doivent être communiquées à l'Office des professions qui publie ensuite dans la Gazette officielle du Québec toute décision définitive de radiation permanente ou de révocation d'un permis d'un professionnel²³⁵. Plus généralement, toutes les procédures disciplinaires ayant donné lieu à un jugement sont accessibles sur un site internet *ad hoc* qui présente à la fois les décisions rendues et le déroulement de l'audience.

Il en va différemment en France. Les décisions rendues par les chambres disciplinaires sont affichées dans les locaux de l'ordre. Le public n'en est donc pas informé. Par exception, la chambre disciplinaire de Poitou-Charentes publie sur le site internet du conseil régional une synthèse non anonyme des décisions rendues. La chambre de PACA-Corse publie, quant à elle, des résumés anonymisés complets des dossiers et des décisions rendues.

Si le prononcé d'avertissements ou de blâmes à l'encontre de médecins est sans incidence pour les patients, il en va tout autrement des suspensions d'exercice et des radiations.

Or, rien ne permet aujourd'hui à un patient de s'assurer que le médecin qu'il consulte est autorisé à exercer. Seul le fait qu'il ne figure pas sur l'annuaire des médecins mis en ligne par le Conseil national indique qu'un médecin est suspendu ou radié.

IV - Une transformation à opérer

L'ampleur des désordres constatés tant dans la gestion que dans l'accomplissement des missions invite à un changement profond du fonctionnement de l'ordre des médecins et à une révision de son modèle de gouvernance, qui aurait avantage à s'ouvrir en s'inspirant de modèles tant français, dans d'autres organismes, qu'étrangers.

²³⁵ En termes de protection du public, le Collège des médecins a d'ailleurs pris l'initiative de fixer une sanction minimale automatique à l'encontre des médecins pour inconduite sexuelle. Auparavant, les sanctions s'appuyaient sur une jurisprudence complaisante. Aujourd'hui, la sanction minimale est de cinq ans de radiation et toute atténuation doit être justifiée.

A - Une nécessaire recentralisation au niveau national des responsabilités stratégiques

L'organisation décentralisée adoptée par l'ordre a conduit à confier aux conseils départementaux et régionaux des responsabilités et des moyens importants qui, à défaut de contrôle interne et de vigilance, ont abouti à des abus et des désordres. De surcroît, le Conseil national n'a pas exercé les pouvoirs dont il pouvait disposer en matière de gestion financière et comptable, de budget ou de surveillance du patrimoine.

Un rétablissement de la situation passe d'abord par la reprise en main, par le Conseil national, des leviers en matière de gestion financière et de ressources humaines.

Repenser le circuit d'appel et de recouvrement des cotisations est prioritaire : c'est au Conseil national qu'il revient de recouvrer la totalité des cotisations, et de reverser ensuite, à chacun des échelons territoriaux, la quote-part qui lui revient. Cette mesure dont l'ordre, suite au contrôle de la Cour, semble envisager la mise en place à compter de 2020, permettrait de recouvrer et comptabiliser plus rigoureusement les cotisations, d'allouer aux différents conseils territoriaux des ressources financières mieux calibrées à leurs besoins et d'optimiser la gestion de la trésorerie.

En matière de ressources humaines, une politique nationale est nécessaire, afin d'harmoniser les procédures de recrutement ou de fin de contrat, les salaires et les conditions de travail encadrées par une même convention collective. Elle mettrait également un terme au paternalisme ou népotisme constaté dans plusieurs conseils, que les développements précédents ont illustré.

La remise en ordre passe ensuite par la fin de la personnalité civile accordée par le législateur aux conseils territoriaux, qui a conduit à trop d'abus pour ne pas être remise en cause.

Le Conseil national doit seul bénéficier de la personnalité civile et être responsable de l'ensemble des missions de l'ordre, charge à lui de déléguer aux conseils territoriaux la mise en œuvre de certaines missions dans le cadre d'un mandat strict. Tous les ordres des professions de santé sont concernés. Le Conseil national a décidé de reprendre intégralement à son niveau la mission de suivi des relations médecins-industrie, délaissée par les conseils départementaux. À l'évidence, il convient d'aller plus loin pour garantir la sécurité des patients.

C'est pour avoir perdu de vue ses missions de contrôle de l'aptitude professionnelle des médecins et de leur respect de la déontologie que le conseil de l'ordre britannique, le *General Medical Council* (GMC), a connu une grave crise à la fin des années 90 avec l'affaire du Dr Shipman, médecin généraliste reconnu coupable de la mort de plus de 200 patients. Dans cette affaire, le GMC avait été accusé « de manquer de transparence, de tolérer des pratiques ne respectant pas la déontologie et d'être guidé par les intérêts de la profession plutôt que par ceux des patients²³⁶ ». A la suite de cette affaire, la sécurité des patients est devenue la priorité du GMC (« *patient safety first* »).

B - L'ouverture de la gouvernance aux non médecins

Dans le sens d'un renforcement de la démocratie sanitaire, une ouverture de la gouvernance de l'ordre à des personnes extérieures devrait être mise en œuvre. En 2000, l'IGAS préconisait d'ailleurs déjà une réflexion sur l'association de personnalités qualifiées représentant les usagers afin de « limiter la tentation d'une confraternité excessive ».

Ces évolutions, qui ne sont d'ailleurs pas propres au monde des ordres des professions de santé, se sont déjà concrétisées dans plusieurs pays dont la France pourrait s'inspirer.

Une gouvernance mixte, voire paritaire, entre médecins et non médecins, permettrait de mieux prendre en compte l'intérêt des patients. Cette doctrine de protection des patients est au cœur des modèles britannique, québécois et, dans une moindre mesure, belge.

Des modèles étrangers à gouvernance mixte ou paritaire

Au Royaume-Uni, le *General Medical Council* est dirigé par un conseil paritaire de 12 membres, dont six seulement sont médecins. La nomination des membres non professionnels est supervisée la *Professional Standards Authority*.

Au Québec, le Collège des médecins de l'Office des professions a une composition mixte de 15 membres médecins (11 à compter de 2021) et quatre membres non médecins nommés par l'Office.

En Belgique, le président de l'ordre des médecins est un président de section à la Cour de cassation. Les deux vice-présidents sont des médecins.

²³⁶ Rapport de Liam Donaldson, Chief Medical Officer for England, « *Good Doctors, Safer Patients* », 2006.

L'objectif premier de ces trois organismes étrangers est d'assurer la sécurité des patients, quand celui de l'ordre des médecins français est de veiller d'abord au respect des règles de déontologie ainsi qu'à la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession. Cette différence est importante : le contrôle des compétences et le processus de revalidation y sont plus rigoureux qu'en France et les procédures disciplinaires, ci-avant évoquées, plus transparentes, puisque les suspensions et les sanctions prononcées à l'encontre de médecins sont systématiquement rendues publiques.

L'élargissement de la gouvernance doit concerner également les commissions de conciliation et les chambres disciplinaires : les constats de la Cour sur le traitement des plaintes militent en ce sens. L'introduction de non-médecins au sein des chambres disciplinaires serait, quant à elle, de nature à mieux prévenir les conflits d'intérêt. La mixité de la composition des juridictions ordinales existe d'ailleurs déjà pour les masseurs-kinésithérapeutes et les pédicures-podologues²³⁷, le législateur ayant, dès 2004, décidé d'adjoindre aux membres des chambres disciplinaires de ces ordres deux représentants d'usagers désignés par le ministère de la santé, pour siéger lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers.

De manière plus générale, en matière de gouvernance, c'est à un ressaisissement que l'ordre est invité : la priorité doit être à la lutte contre les abus de toutes sortes et les conflits d'intérêt, en matière de gestion comme dans l'exercice de ses missions. La limitation du nombre des mandats successifs est de nature à limiter les risques, comme la publication des déclarations d'intérêt des élus ordinaires et le dépaysement de l'examen de leurs contrats soumis à l'avis de l'ordre.

²³⁷ Articles L. 4321-15 et 17, et L. 4322-8 et 10 du CSP issus de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La tenue du tableau des médecins inscrits à l'ordre, bien qu'il soit géré avec des outils dépassés, est une des missions essentielles de l'ordre exercée de manière satisfaisante.

Toutefois, l'ordre des médecins n'assure pas toutes ses missions administratives avec suffisamment de rigueur : il ne vérifie pas le respect des obligations de développement professionnel continu (DPC) ; le contrôle du respect par les médecins des règles déontologiques de la profession, qui est la raison d'être de l'ordre, souffre de graves lacunes notamment en matière de relations médecins industrie ; l'accès aux soins n'est pas une priorité. Sur tous ces points, l'ordre, trop souvent, met en avant la responsabilité des pouvoirs publics pour mieux justifier ses propres manquements.

En outre, les plaintes de patients sont traitées de manière hétérogène, parfois avec désinvolture et la justice disciplinaire est empreinte d'importants dysfonctionnements.

L'insuffisante représentativité de l'ordre, l'esprit de bénévolat parfois perdu de vue, le glissement des interventions de l'ordre hors du champ de ses compétences, sur le terrain de la défense des intérêts de la profession, qui relève du rôle des syndicats, invitent à revoir son modèle de gouvernance, qui aurait avantage à s'ouvrir à la société civile en s'inspirant de modèles étrangers.

Il est donc urgent de replacer la sécurité des patients au centre des préoccupations de l'ordre des médecins, de modifier la gouvernance de l'ordre en l'ouvrant à des personnalités qualifiées, d'améliorer le service rendu aux médecins et d'achever la mutation de la justice disciplinaire.

Compte tenu de ces éléments, la Cour formule les recommandations suivantes :

- 5. mettre en place un dispositif national de suivi et de relance des déclarations de développement professionnel continu (DPC) des médecins (réitérée) (CNOM – ministère de la santé) ;*
- 6. permettre un exercice partiel aux médecins affectés par une infirmité ou une maladie à l'instar des dispositions applicables aux médecins reconnus en insuffisance professionnelle (Ministère de la santé) ;*
- 7. créer un portail unique mettant en cohérence les systèmes d'information « Transparence Santé » et « anti-cadeaux » (Ministère de la santé) ;*

8. *faire de la lutte contre les discriminations dans l'accès aux soins une priorité de l'ordre et doter la commission « refus de soins » des moyens nécessaires, sur le budget de l'ordre (CNOM) ;*
 9. *modifier le code de la santé publique pour (Ministère de la santé) :*
 - *encadrer juridiquement le traitement des « doléances » ;*
 - *rendre obligatoire le dépaysement du traitement de tout signalement concernant un élu de l'ordre jusqu'à la saisine de la chambre disciplinaire de première instance ;*
 - *élargir les commissions de conciliation à des personnes tierces extérieures à l'ordre pour traiter les cas de plaintes formulées par les usagers ;*
 - *permettre aux patients de porter plainte auprès de l'ordre contre tout praticien, quel que soit son statut, à l'exception des médecins exerçant une mission d'expertise ou de contrôle ;*
 10. *rendre obligatoire la publication des mesures nominatives de radiation ou de suspension d'exercer, le temps de la sanction, pour améliorer la sécurité des patients (Ministère de la santé) ;*
 11. *regrouper au Conseil national, qui serait seul doté de la personnalité civile, toutes les décisions stratégiques (Ministère de la santé) ;*
 12. *associer à la gouvernance du Conseil national, en tendant vers la parité, des médecins et des non médecins (personnalités qualifiées, magistrats, représentants d'association de patients, universitaires notamment) désignés par une instance indépendante de l'ordre (Ministère de la santé) ;*
 13. *limiter à deux le nombre de mandats successifs au sein d'une même instance (réitérée) (Ministère de la santé) ;*
 14. *vérifier les déclarations d'intérêt des élus ordinaires et les publier sur les sites internet des conseils de l'ordre (CNOM) ;*
 15. *revoir le règlement intérieur de l'ordre pour rendre obligatoire le dépaysement de l'examen des contrats d'un élu ordinal y compris avec l'industrie (CNOM).*
-

Conclusion générale

L'ordre des médecins est chargé par la loi de veiller au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et au respect, par tous les médecins, des règles de déontologie médicale. Par ses missions, l'ordre est donc également largement comptable de la qualité des soins offerts à la population. En son sein, de nombreux élus exercent leurs fonctions ordinales avec dévouement et sérieux.

La Cour avait effectué un premier contrôle de l'ordre en 2011, qui l'avait conduite à formuler plusieurs recommandations.

À l'exception de la tenue du tableau, peu nombreux sont les progrès réalisés par l'ordre des médecins depuis lors. La gravité et la fréquence des dysfonctionnements relevés tant dans la gestion de l'ordre que dans l'exercice des missions essentielles que la loi lui confère, ou encore les manquements nombreux en matière de déontologie et de probité de ses représentants tant au niveau national que territorial, sont de nature à mettre au contraire en cause la confiance des médecins et des citoyens à son égard.

La tenue approximative des comptes, source d'opacité et terreau propice aux fraudes relevées par la Cour, les abus de gestion, rendus possibles par les lacunes dans le contrôle interne, les négligences dans la gestion des cotisations des médecins, l'absence de procédures formalisées pour les marchés ou la gestion immobilière, appellent à une remise en ordre. Elle passe par une surveillance plus stricte des conseils départementaux et régionaux par le Conseil national, au moyen d'une gestion centralisée du recouvrement des cotisations et des biens de l'ordre, d'un contrôle interne efficient, de la mise en place d'un cadre comptable, financier et des procédures (marchés, ressources humaines, immobiliers, indemnitaire), rigoureux, uniformément appliqués et respectés par les échelons territoriaux de l'ordre. Cette remise en ordre doit s'accompagner d'une transparence accrue et d'un renouvellement de ces instances, favorisé par des règles plus strictes en matière de cumul, de représentativité et de parité hommes-femmes.

L'ordre doit se tourner résolument vers la défense de l'intérêt des patients. Il apparaît à cet égard nécessaire d'élargir la gouvernance de l'ordre, en l'ouvrant à des personnalités extérieures au monde médical, notamment à des représentants de patients.

L'ordre doit également se donner les moyens d'exercer pleinement les missions qu'il n'a pas assez investies, en particulier en matière déontologique (contrôle du respect de l'obligation de formation continue des médecins, contrôle des relations entre médecins et industriels, accès aux soins, contrôle de l'insuffisance professionnelle, etc.) ou qu'il n'exerce pas assez rigoureusement, comme en matière disciplinaire.

Au-delà des premières mesures issues des ordonnances de 2017, des réformes complémentaires sont indispensables, aussi bien dans le champ du fonctionnement administratif de l'ordre que dans celui de ses missions juridictionnelles, selon quatre orientations : la représentativité et l'ouverture de ses instances de décision ; le renforcement de l'exercice des missions contribuant à la défense des intérêts des patients et à la qualité des soins ; l'instauration d'un contrôle accru des comptes et de la gestion et d'une plus grande transparence ; le développement des garanties d'un procès équitable pour les justiciables des juridictions ordinaires.

Remise en ordre et évolutions structurelles sont aujourd'hui nécessaires : il en va de la confiance des citoyens dans notre système de santé et envers les médecins.

Liste des abréviations

ACS	Aide pour une complémentaire santé
AFEM	Aide aux familles et entraide médicale
ARS	Agence régionale de santé
AVC	Accident vasculaire cérébral
CARMF	Caisse autonome de retraite des médecins de France
CDBF	Cour de discipline budgétaire et financière
CDN	Chambre disciplinaire nationale
CDOM	Conseils départementaux de l'ordre des médecins
CDPI	Chambre disciplinaire de première instance
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaires
CNG	Conseil national de gestion
CNOM	Conseil national de l'ordre des médecins
CROM	Conseil régional de l'ordre des médecins
CSP	Code de santé publique
DPC	Développement professionnel continu
ETP	Équivalent temps plein
GMC	<i>General Medical Council</i>
GPM	Groupe Pasteur Mutualité
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MIJA	Mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'État
PDG	Président directeur général
PU-PH.....	Professeur des universités-praticien hospitalier
SAS	Section des assurances sociales
SCI	Société civile immobilière

Réponses des administrations et des organismes concernés

Sommaire

Réponse de la ministre des solidarités et de la santé.....	139
Réponse du président du Conseil national de l'ordre des médecins	142
Réponse du président du conseil régional de l'ordre des médecins du Grand Est	152
Réponse de la présidente du conseil régional de l'ordre des médecins des Hauts-de-France.....	155
Réponse du président du conseil régional de l'ordre des médecins d'Île-de-France	155
Réponse du président du conseil régional de l'ordre des médecins de Normandie	156
Réponse du président du conseil régional de l'ordre des médecins des Pays de la Loire.....	156
Réponse du président du conseil régional de l'ordre des médecins de Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	157
Réponse du président du conseil interrégional de l'ordre des médecins de La Réunion-Mayotte	157
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins des Alpes de Haute-Provence	158
Réponse de la présidente du conseil départemental de l'ordre des médecins des Alpes Maritimes	160
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Aveyron.....	161
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins du Bas-Rhin	161
Réponse de la présidente du conseil départemental de l'ordre des médecins des Bouches-du-Rhône	162
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Corse du Sud.....	165
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Corse	165
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Hérault.....	168

Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Mayenne	170
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de Loire-Atlantique	170
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de Paris	172
Réponse de la présidente du conseil départemental de l'ordre des médecins du Pas-de-Calais	177
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de La Réunion	178
Réponse de la présidente du conseil départemental de l'ordre des médecins du Rhône	183
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Sarthe	185
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Seine-Saint-Denis	185
Réponse du président du conseil départemental de l'ordre des médecins du Var	186

Destinataires n'ayant pas d'observation

Présidente du conseil interrégional de l'ordre des médecins d'Antilles Guyane
Président du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Gironde

Destinataire n'ayant pas répondu

Ministre de l'action et des comptes publics

RÉPONSE DE LA MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Ce rapport, très documenté, traite aussi bien les missions et l'organisation que le fonctionnement de l'ordre, à l'échelle nationale comme départementale ou régionale, ainsi que les relations qu'il entretient avec les pouvoirs publics.

Il constitue une base sur laquelle s'appuyer pour approfondir le processus de consolidation du fonctionnement de l'ordre. Si, comme le rapport l'indique, des évolutions ont récemment été enregistrées en lien avec des recommandations faites dans le cadre des rapports précédemment établis par la Cour, l'Inspection générale des affaires sociales ou la Mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'État, ce processus ne peut être considéré comme achevé.

Les effets des mesures contenues dans les ordonnances des 16 février et 27 avril 2017 sont encore peu perceptibles, compte tenu de leur publication récente et du temps incompressible nécessaire à la mise en œuvre effective de certaines de leurs dispositions. Ces ordonnances sont néanmoins de nature à modifier en profondeur l'organisation et le fonctionnement de l'ordre, en particulier en matière d'organisation territoriale rationalisée, de soumission aux règles de la commande publique, d'introduction de la parité entre les hommes et les femmes ou encore de limite d'âge pour pouvoir être candidat à une fonction ordinale.

Si le gouvernement a accordé aux ordres sur certaines mesures un délai de mise en œuvre qui lui paraissait justifié, il en attend désormais la meilleure appropriation et la mise en œuvre la plus complète et la plus satisfaisante possible.

Ces ordonnances ne pourront néanmoins à elles seules répondre à nombre de constats et de recommandations formulées par la Cour dans le cadre du présent contrôle.

Le ministère des solidarités et de la santé devra continuer à être acteur, en concertation avec l'ordre, du processus de consolidation engagé.

De nouvelles dispositions répondant à des problématiques et des recommandations formulées par la Cour ont été introduites dans le code de la santé publique à l'occasion du vote de la loi relative à l'organisation et la transformation du système de santé :

- l'extension à l'ensemble des ordres de santé, dont l'ordre des médecins, d'une mission les amenant à contribuer « à promouvoir la*

santé publique et la qualité des soins ». L'appropriation de cette mission par l'ordre doit être renforcée par cette nouvelle disposition législative ;

- *les compétences des inspecteurs de la direction générale de la concurrence, consommation et répression des fraudes ont par ailleurs été élargies dans le cadre de la mise en œuvre du dispositif « anti-cadeaux ». Ils disposent désormais d'un pouvoir d'habilitation à rechercher et à constater les infractions au dispositif et à effectuer des opérations de visite et de saisie.*

La rédaction des textes réglementaires dont la publication est attendue en application de l'ordonnance du 19 janvier 2017 dite « anti-cadeaux » est désormais achevée. Ces textes seront publiés d'ici à la fin de l'année, sous réserve de la réception de l'avis de la CNIL. Couplés à la mise en œuvre d'ici au printemps 2020 d'un portail de télé-déclaration permettant une mise en cohérence des systèmes d'information « transparence santé » et « anti-cadeaux », ils compléteront l'arsenal juridique permettant de mieux contrôler les relations et conflits d'intérêts possibles entre les médecins et l'industrie.

Enfin, le ministère a rédigé un décret réformant les juridictions ordinaires, désormais examiné par le Conseil d'État, qui sera publié dans les prochaines semaines. Ce texte comprend un ensemble de dispositions pour améliorer le fonctionnement de la justice ordinaire et reprend plusieurs recommandations de la Cour (clarification des rôles des organes administratifs et des chambres disciplinaires des ordres, capacité à statuer sur des plaintes sérielles...).

Si la Cour invite le gouvernement à user de ses prérogatives pour participer à la consolidation de l'organisation et du fonctionnement de l'ordre, ce qu'il fait et continuera à faire, la grande majorité des constats et recommandations formulés dans le rapport s'adresse à l'ordre.

Le rapport appelle manifestement des modifications profondes dans les priorités d'action que l'ordre se donne pour remplir ses missions, dans les rapports et les modalités de collaboration entre les différents niveaux territoriaux et dans ses modes de fonctionnement internes.

L'ordre est en effet chargé d'une mission de service public et doté d'une large autonomie. Cette mission comme cette autonomie obligent. Elles obligent à un devoir d'exemplarité, à agir exclusivement au service des missions confiées par la loi, et à rendre compte des conditions dans lesquelles ces missions sont remplies. Il en va de la confiance que les usagers du système de santé, les médecins eux-mêmes et les pouvoirs publics peuvent accorder à l'ordre.

Le ministère des solidarités et de la santé sera dans ces conditions extrêmement soucieux et attentif à ce que les missions confiées à l'ordre soient pleinement remplies, notamment :

- *les missions relatives au maintien et à l'actualisation régulière des compétences des médecins dans le cadre de leur obligation de développement professionnel continu (DPC) ; la qualité et la sécurité des soins délivrés aux patients en dépendent ;*
- *la prise en compte et l'instruction rigoureuse et juste des plaintes que les usagers sont susceptibles de déposer à l'encontre de praticiens inscrits à l'ordre ; ceci conditionne directement la confiance que la population peut accorder au système de santé ;*
- *le contrôle du respect des principes déontologiques. Les situations de refus de soins non sanctionnées constituent à cet égard une illustration révélatrice de cas de praticiens s'affranchissant des principes fondamentaux de leur déontologie professionnelle.*

L'exemplarité doit également reposer sur la mise en place de procédures, d'outils de gestion et de contrôle permettant de garantir des procédures internes rigoureuses, efficaces et homogènes sur l'ensemble du territoire.

Des échanges approfondis entre le ministère des solidarités et de la santé et l'ordre sont engagés pour envisager les suites à donner au rapport.

Le ministère sera très attentif au contenu de ces échanges au nom des responsabilités qui lui incombent et pourra envisager des adaptations législatives ou réglementaires complémentaires. Ces dispositions devront permettre d'assurer une composition des instances ordinales plus ouverte sur la société et plus représentative de la profession, de mieux structurer les relations organiques et fonctionnelles entre le conseil national et les conseils territoriaux ou encore de permettre d'améliorer le fonctionnement de la justice ordinale.

L'ordre sera de son côté invité à présenter le plan d'actions qu'il entend mettre en œuvre pour répondre aux constats et recommandations formulés par la Cour. Un suivi de ce plan d'actions sera assuré par le ministère selon des modalités qui seront arrêtées avec l'ordre.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Introduction

Ayant déjà fait l'objet d'un contrôle de la Cour en 2011, l'Ordre des médecins tient à souligner les conditions très particulières du déroulement de celui de 2018. Il en est ainsi de la durée de la procédure, de la fuite d'informations dans la presse alors même que l'Ordre n'était pas en possession des éléments du pré-rapport, du dépôt d'observations de l'Ordre dans une 1ère phase ayant ensuite abouti à un 2^{ème} rapport ayant lui-même entraîné de nouvelles observations. Un grand nombre d'entre elles n'ont pas été prises en compte, ce qui rend interrogatif sur la réalité du contradictoire.

Étant en fin de cette phase contradictoire, l'Ordre regrette que le rapport soit construit aujourd'hui comme une mise en accusation du fonctionnement de l'Institution mettant en exergue certains faits qui appartiennent à une période passée et s'interdisant, du fait du choix de la période audité, de prendre en compte les évolutions que l'Ordre a spontanément mises en œuvre.

Il est à noter également de façon préliminaire qu'un grand nombre des constats, dont beaucoup se rapportent au début de la période audité, particulièrement en matière de gestion, ont donné lieu depuis à des actions correctives, ce d'autant plus qu'ils ont été en large partie à l'origine de l'élection d'une nouvelle équipe en 2013 qui s'est fixée un objectif de modernisation institutionnelle sur une période de 9 ans : 2013-2022.

Cette image faussée du fonctionnement de l'Institution ordinale l'amène à produire ce document afin d'affirmer sa position et rétablir un certain nombre de faits.

Avant d'entrer dans le détail de sa réponse, le Conseil national souhaite préciser les éléments suivants :

- *L'Ordre conteste la vision réductrice donnée par la Cour des responsabilités qui sont celles que le législateur lui a confiées notamment en tant que représentant de la profession dans sa mission d'ensemble.*
- *C'est dans le but d'accomplir avec détermination cette mission, que l'Ordre des médecins a entendu se doter des moyens de communication modernes afin d'intensifier le dialogue avec les médecins pour exprimer les attentes de toute la profession.*

- *L'Ordre s'est donné comme objectif d'assurer un accompagnement uniforme sur l'ensemble du territoire à tous les médecins inscrits au tableau (301 842 au 1^{er} janvier 2019) et à l'ensemble des usagers du système de santé. Il s'est doté également sur l'ensemble de ses échelons, territoriaux et national, des moyens nécessaires pour assurer son expertise tant pour ce qui est de la structuration du système de santé local, territorial et régional que pour ce qui est de la réponse aux demandes d'avis qui ont pu lui être formulées par le gouvernement, le Parlement et les Institutions qui l'environnent.*
- *Dès lors qu'un sujet est relatif à l'organisation du système de santé et au rôle des médecins dans celui-ci, l'Ordre des médecins est sollicité. Il en a été ainsi, que ce soit en 2016 lors de la conférence de santé ou le Premier Ministre a demandé au Président de l'Ordre de présenter les résultats de la grande consultation, que ce soit récemment lors de l'entretien avec le Premier Ministre intervenant une semaine avant la « journée de mobilisation nationale pour l'hôpital public » du 14 novembre 2019.*
- *De même les deux Assemblées, leurs commissions des Affaires sociales, les groupes parlementaires ont demandé, dans le cadre de l'examen des projets de la loi Claeyss-Léonetti, de la loi santé 2022 et des lois de bioéthique, à entendre l'Ordre des médecins, et amender les divers projets de lois.*

Ces exemples pourraient être multipliés à l'infini.

Parce qu'il a une vision déontologique active qu'il assume totalement, l'Ordre est aujourd'hui l'acteur reconnu par tous en matière de numérique en santé, de nouvelles technologies tout autant qu'il l'est en matière d'éthique et dans l'organisation territoriale du système de santé.

L'Ordre regrette que le rapport passe sous silence l'ensemble de ces chantiers et l'ensemble des outils qu'il met à la disposition des décideurs tout comme ne sont pas évoquées ses responsabilités en matière de tenue du tableau dans le cadre du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ni même les études et les atlas démographiques publiés chaque année.

L'Ordre ne défend nullement une posture syndicale. Il considère qu'en ce domaine l'ensemble des syndicats médicaux exprime avec clarté et opiniâtreté la défense des intérêts des professionnels.

En revanche il lui échoit dans nombre de situations la responsabilité, de défendre les principes éthiques et déontologiques et pour cela d'intervenir dans le débat public comme cela a été le cas pour la fin

de vie, les lois de bioéthique, la santé des étrangers en situation irrégulière ou demandeurs d'asile. À titre d'exemple, lorsqu'un syndicat professionnel de spécialité menace d'interrompre les IVG, le ferme rappel à l'éthique et la déontologie de l'Institution suivi de plaintes est salué, depuis la tribune de l'ONU, par la Secrétaire d'État à l'égalité femmes-hommes.

Ainsi donc et pour permettre de répondre à l'ensemble de ces demandes, l'Ordre des médecins a investi financièrement dans de nouveaux locaux plus adaptés à une structure moderne et a mené une politique de recrutement de collaborateurs de haut niveau. Il a incité les échelons départementaux et régionaux à adopter les mêmes dispositions dans leurs territoires respectifs. L'Ordre revendique ces investissements et les assume pleinement.

Dans ces conditions, et si l'Ordre aujourd'hui est engagé dans une profonde restructuration de son organisation et de sa gestion dont il ne doute pas qu'un prochain rapport de la Cour prendra acte, il n'entend pas aujourd'hui modifier sa vision de son rôle institutionnel ni sa volonté de garantir à tous les médecins inscrits au tableau que ce soit à Mayotte ou à Paris le même accompagnement de leur exercice professionnel, et la même disponibilité institutionnelle. De même l'Ordre veut aujourd'hui garantir à l'ensemble de la population vivant sur le territoire français ses services et sa réactivité aux sollicitations.

L'Ordre ne peut donc que regretter, qu'au travers d'une vision parcellaire et restrictive de son activité, il n'ait pas été contrôlé à l'aune de l'ensemble de son action mais trop souvent caricaturé à l'aune de faits ponctuels, souvent anciens, mis en exergue pour lesquels depuis 2013 l'Ordre n'a cessé d'agir.

I - La gestion administrative et financière

Le rapport de la Cour comporte un ensemble d'observations sur la gestion administrative et financière dont l'Ordre, engagé dans une démarche d'amélioration gestionnaire continue et volontariste depuis 2013, est bien décidé à tirer les enseignements.

D'ores et déjà des mesures importantes ont été décidées, dont certaines avaient été engagées avant le présent contrôle : refonte du règlement de trésorerie qui encadre strictement les régimes indemnitaires et de remboursement de frais des élus (réels, plafonnés et justifiés sur facture), instauration d'un dispositif très contraignant de contrôle de la gestion des conseils territoriaux en allant jusqu'à prévoir un régime de tutorat, élargissement de la composition de la commission de contrôle des comptes avec la présence de personnalités qualifiées, suppression des fonds autonomes affectés à l'entraide et à la modernisation de l'institution

ainsi qu'à l'harmonisation des charges, recrutement d'un spécialiste des marchés publics, combinaison de l'ensemble des comptes de tous les conseils certifiée par un commissaire aux comptes, mise en œuvre progressive du recouvrement de la cotisation par le Conseil national qui sera entièrement opérationnelle à compter du 1^{er} janvier 2021. L'ensemble de ces actions sera totalement effectif à la fin de la mandature actuelle, soit en juin 2022.

Toutefois, un certain nombre d'observations de la Cour appellent de la part de l'Ordre une ferme mise au point et un rétablissement de la vérité.

Sur les indemnités « importantes », l'indemnisation de base est fondée sur le principe d'une indemnité journalière de 483 euros bruts, de laquelle sont déduites la CSG et la CRDS, ne donnant lieu à aucun avantage social (maladie, retraite) et soumis à imposition. La valeur de cette indemnité, qui n'a pas été réévaluée depuis 2013, est comparable aux indemnités perçues par des médecins dans d'autres structures comme les URPS. Par ailleurs, depuis juin 2013, 1^{ère} mandature du Président actuellement en exercice, le passage aux frais réels, sur justificatifs et plafonnés, a été instauré.

Sur les comportements individuels frauduleux relevés par la Cour, le Conseil national a diligenté des procédures disciplinaires et pénales à l'encontre des élus mis en cause. Il a également porté plainte à l'encontre des salariés impliqués.

Sur le montant des réserves qui sont des fonds de roulement, il s'avère qu'elles varient pour la totalité de l'Institution entre 13 et 15 mois sur 2016, 2017 et 2018, soit en dessous des 16 mois non contestés par la Cour lors de son précédent contrôle. Néanmoins, il est envisagé, à compter du budget 2020, de mettre ou de laisser à disposition des conseils territoriaux 12 mois de fonds de roulement aux fins qu'ils puissent répondre de façon uniforme sur l'ensemble du territoire, à la totalité de leurs missions.

Par ailleurs et s'agissant du montant de la cotisation, la Cour omet de préciser que le taux moyen annuel d'évolution, sur la période auditée, est de +1,2 % et qu'il a été décidé pour 2019 de ne pas faire d'augmentation. L'ensemble des actions de l'Ordre national des médecins devant continuer à se développer, il ne peut être envisagé de diminuer le montant de la cotisation tel que préconisé par la Cour.

Quant à « l'insincérité » des comptes affirmée par la Cour, celle-ci s'appuie, pour cette accusation erronée, sur un choix comptable qui est différent de celui retenu par l'Institution qui suit les principes du Plan

Comptable Général recommandé et certifié sincère par son commissaire aux comptes et ne correspond pas, en tout état de cause, à des manœuvres visant à travestir la réalité des comptes. Ce plan comptable déjà appliqué par l'Ordre lors du précédent contrôle de la Cour n'avait pas donné lieu à observations et n'avait pas conduit à une telle qualification.

II – L'exercice de ses missions administratives

On pourrait s'attendre, pour ce qui est de l'exercice par l'Ordre de ses missions, sur lequel le rapport public porte un jugement particulièrement critique et catégorique, le qualifiant globalement de « mal assuré », que pour aboutir à une telle appréciation globale, il soit procédé à une évaluation en bonne et due forme de l'ensemble des missions de l'Ordre, selon une méthodologie en garantissant la fiabilité. Tel n'est en réalité pas le cas.

Tout d'abord, seule une partie des missions sont passées en revue. Plusieurs, parmi les plus importantes, sont purement et simplement ignorées. Ainsi de la tenue du tableau, essentielle à une époque de mobilité, d'arrivée de nombreux praticiens étrangers, et d'évolution des modes d'exercice, et qui représente une part importante de l'activité des conseils départementaux. Cette mission est à peine mentionnée, avec pour seule remarque l'insuffisante informatisation. Ainsi du contrôle des qualifications, très important aussi au regard de la multiplication et de la complexité des procédures de leur reconnaissance. Il n'en est pas question. Ainsi plus encore du rôle central de l'Ordre dans l'évolution des règles d'exercice : rien sur l'e-santé ou la télémedecine, sujets absolument majeurs, sur lesquels l'Ordre a développé un travail de réflexion et de sensibilisation, qui en fait une référence au sein du monde de la santé. Rien non plus sur le rôle déterminant de l'Ordre dans le basculement des règles en matière d'information et de publicité, ou sur la contribution de l'Ordre à l'adaptation des règles déontologiques, par exemple pour ce qui est de la mise en œuvre de la nouvelle législation sur la fin de vie, pour laquelle l'Ordre est en première ligne. Beaucoup de missions essentielles menées par l'institution sont passées sous silence, on peut légitimement se demander pourquoi.

Et pour ce qui est des missions ayant donné lieu à appréciation, on peut regretter une approche trop souvent parcellaire, et une tendance à procéder par généralisation à partir de cas ponctuels. Certes un certain nombre d'observations s'avèrent utiles, et l'Ordre entend bien en tenir compte, par exemple en se dotant des outils de suivi et de pilotage, dont il lui est fait grief de ne pas disposer. Mais comment ne pas relever que trop de conclusions générales apparaissent approximatives ou hâtivement déduites d'une ou deux constatations éparses. Ainsi pour ce qui est du

délai, évidemment crucial, de traitement des dossiers de suspension pour pathologie ou insuffisance professionnelle. Le rapport public laisse entendre que ce délai, au stade de la formation retreinte du conseil national, est trop long, en se bornant à citer le cas isolé d'un délai de 17 semaines, évidemment exceptionnel, mais a-significatif à lui seul, et il omet étrangement de mentionner le délai moyen de 4 à 5 semaines, qui lui avait pourtant été communiqué. De même s'agissant du contrôle des contrats, le rapport public ignore totalement l'énorme travail conduit en direction des plateformes de téléconsultation, qui se multiplient, et qui a permis à l'Ordre, à l'occasion de l'examen des contrats concernés, d'obliger ces plateformes à revoir leur modèle. Ce qui n'empêche pas le rapport d'épingler la commission nationale des contrats, accusée de tarder à répondre, sans autre justification qu'un renvoi en bas de page (renvoi n° [157]) concernant un cas où la commission n'avait pourtant pas à donner un avis, s'agissant de l'interprétation d'une clause d'un contrat, et l'avait néanmoins fait à titre purement confraternel. De même encore ; - pour ce qui est du contrôle du respect par les médecins de leur obligation de développement professionnel continu (DPC) ; l'Ordre se voit accusé d'avoir « délaissé » la mission qui lui a été confiée « dès 2011 », sauf qu'il est passé sous silence que le ministère de la santé n'a pris les arrêtés d'application du décret du 30 décembre 2011 que le 25 juillet 2013, et qu'à peine ces arrêtés publiés, une inspection de l'IGAS a été diligentée qui a préconisé un changement complet de dispositif, lequel n'a été proposé au législateur qu'avec la loi du 26 janvier 2016. Être un bon opérateur dans ces conditions relève de la gageure ; - pour ce qui est du contrôle des relations entre les médecins et l'industrie, où comme pour le DPC, le dispositif prévu, complexe, a été lent à devenir opérationnel, l'Ordre n'a pas été mis à même d'assumer sa mission, car si la réglementation lui a bien confié un rôle de prévention qu'il a immédiatement pris en charge, le rôle répressif a été donné à d'autres instances dont notamment la DGCCRF, qui n'ont pas fait de la saisine des tribunaux correctionnels leur priorité, mais également au point qu'il a fallu qu'il dépose un recours en annulation contre le décret du 16 novembre 2016 et l'arrêté du même jour fixant le modèle de convention unique; - ou encore pour ce qui est de l'implication de l'Ordre dans l'accès aux soins et la lutte contre les refus de soins, où n'est pas relevé le profond changement intervenu à compter de la mandature élue en 2013 aboutissant à la création par la loi du 26 janvier 2016 d'une commission d'évaluation des pratiques de refus de soins placée auprès de l'Ordre dont le fonctionnement n'a été rendu possible qu'en 2017 par la signature des arrêtés de nomination des membres le 29 décembre 2016. Il est dommageable que le rapport ne mette pas assez en avant les freins apportés par la production tardive des textes attendus.

À cela, il faut ajouter que le rapport public n'hésite pas à donner une importance démesurée, éventuellement par un encadré, à des situations que l'Ordre ne peut que déplorer, mais de caractère purement fortuit et accidentel, sans que l'on voit l'intérêt réel d'une telle focalisation. Ainsi de l'encadré page [84].

Mais probablement le plus grave est dans la présentation faite par le rapport de la Cour de la façon dont l'Ordre assume sa mission de gardien de la déontologie médicale, et traite les plaintes, doléances ou signalements dont il est saisi. La lecture du rapport public cherche à donner l'impression que de façon globale l'Ordre manifesterait une mauvaise volonté à ce qu'il puisse être donné des suites disciplinaires aux plaintes reçues. L'Ordre ne peut que s'insurger contre pareille insinuation. Il ne s'agit pas ici de nier qu'il puisse encore y avoir, ici ou là, des comportements individuels condamnables de quelques élus ordinaires, qui doivent être dénoncés, et l'Ordre entend bien s'y attacher. Mais ces cas ne doivent pas cacher la réalité profonde qui est la très grande vigilance des conseils départementaux à assumer pleinement leur mission. Contrairement à ce que soutient la Cour, en se fondant sur des chiffres dont elle dit elle-même qu'ils ne sont pas fiables, l'ensemble des plaintes et doléances qualifiables de plaintes donnent bien lieu à instruction, et, à défaut de conciliation, à transmission aux chambres disciplinaires. Sur des sujets de cette importance, pour mettre en cause, il faudrait des éléments de preuve autrement plus probants que ceux qui sont allégués dans le rapport. En ce sens l'affirmation, dans un titre (page [99]) « qu'une majorité de plaintes ne sont pas transmises »²³⁸ est totalement abusive, car amalgamant plaintes, simples demandes d'information, signalements, ou plaintes non transmises parce qu'ayant donné lieu à conciliation.

C'est particulièrement vrai des plaintes en matière sexuelle, sujet qui a donné lieu à une implication renforcée de l'Ordre, qui a précisé sur ce point les commentaires du code de déontologie médicale et fait plusieurs communications largement relayées dans la presse comme dans les supports de communication de l'Institution. On se demande ce que veut bien dire le rapport public lorsque page [106], il évoque « l'analyse d'une cinquantaine de décisions rendues entre 2016 et 2017 laquelle révélerait des irrégularités de procédure » ou des « manques de diligence ». De quelles « décisions » s'agit-il, de quel type, prises par qui? Quel est l'intensité et le degré réel du manquement relevé? Qu'est-ce qui permet l'appréciation portée? Pareille affirmation, particulièrement stigmatisante, exigerait d'être étayée par une démonstration qui ne se

²³⁸ Remarque de la Cour : à la suite du présent courrier, le titre au A page 99 a été modifié, pour devenir « Une majorité de signalements non soumis à conciliation ».

limite pas à l'illustration par un ou deux cas. Comment d'ailleurs résumer des dossiers souvent complexes en deux ou trois phrases? Pour mesurer la fiabilité des affirmations péremptoires de la Cour sur ce sujet des poursuites disciplinaires, on peut se référer à l'encadré de la page [84] à propos d'un médecin gastro-entérologue, où la Cour parle de « plusieurs plaintes déposées contre ce praticien entre 2012 et 2017 sans recevoir de réponse de l'Ordre » alors qu'il peut être établi que si effectivement ce médecin a fait l'objet de six saisines du conseil départemental, celles-ci ont toutes été traitées par ce conseil. Parmi elles, il y avait quatre plaintes de nature très différente : une du 20 octobre 2014 a donné lieu à conciliation le 24 avril 2015 ; une du 17 janvier 2017 a été, faute de conciliation, transmise à la chambre disciplinaire de première instance, dont la décision a fait l'objet d'un appel ; la troisième, du médecin conseil de la CPAM, a été retirée avant conciliation, et la quatrième, émanant d'un autre médecin et portant sur son rôle de médecin expert a donné lieu à décision du conseil de ne pas porter plainte ; le plaignant en a été informé ainsi que des solutions alternatives de recours à sa disposition. La cinquième saisine du 4 novembre 2013 a entraîné un entretien avec la patiente concernée et sa fille, qui « ont déclaré vouloir porter plainte » sans qu'il y ait trace de concrétisation. Quant à ce que la Cour appelle la « plainte » de 2012, il s'agit « d'un souhait » de la part des demandeurs « d'intervention » du conseil départemental « afin de nous éclairer sur les pratiques effectuées », et il est précisé « nous n'avons pas de griefs particuliers vis-à-vis du docteur X ». Il n'y a rien ici qui permette de parler « d'absence de réponse » à des saisines, celles-ci fussent-elles multiples !

III – L'exercice de la mission juridictionnelle

Sur ce volet du rapport de la Cour portant sur la juridiction disciplinaire ordinale, le Conseil national, dans un souci de strict respect de l'indépendance de cette juridiction, a décidé de s'en remettre aux observations qu'a bien voulu lui transmettre la Présidente de la chambre disciplinaire nationale, Conseiller d'État, et que l'Ordre fait totalement siennes.

La juridiction ordinale souligne que la Cour sort de son champ de compétence, le contrôle de l'organisation et du fonctionnement des chambres disciplinaires relevant de la mission permanente d'inspection des juridictions administratives (MIJA), exercée sous l'autorité du vice-président du Conseil d'État, ce dont témoignent ses observations, qui manifestent une profonde méconnaissance de ce qu'est une juridiction administrative spécialisée.

Or, le rapport définitif reproduit quasiment mot pour mot le rapport provisoire, ce qui démontre que la Cour n'a tenu aucun compte des

réponses, pourtant dument argumentées et justifiées, faites à ses observations. Elle maintient ses remarques partiales, faisant d'exemples peu étayés des généralités, jetant ainsi l'opprobre sur l'ensemble de la juridiction ordinale.

Il convient dès lors pour celle-ci, à son tour, de réitérer avec force, si ce n'est l'ensemble des justifications qu'elle a apportées aux principales critiques formulées, du moins les plus emblématiques.

Toutes les recommandations faites par la Cour en 2011 et celles de la MIJA en 2013, pour autant que leur exécution dépendait de l'Ordre seul, ont été suivies d'effets.

Les délais de jugement des chambres disciplinaires de 1^{ère} instance de l'Ordre des médecins (CDPI) ne sont pas plus longs que ceux observés dans les tribunaux administratifs. Ainsi, l'observation faite sur ce point par la Cour ne tient pas compte de ce que la loi de 2002, qui a donné au plaignant la qualité de partie, ce qui ne peut qu'allonger la durée de la procédure d'instruction, n'a pas modifié le délai de six mois apparu dès la création de l'Ordre.

L'appréciation portée par la Cour sur l'instruction menée par les chambres, après avoir consulté des dossiers pourtant couverts par le secret de l'instruction, qui sort au demeurant de sa compétence est fondée sur des constats incomplets et des postulats erronés. D'une part, les décisions rendues ne mentionnent pas la totalité des mesures d'instruction accomplies et, d'autre part, les juridictions disciplinaires sont des juridictions administratives devant lesquelles la procédure n'est pas inquisitoire. Les faits sanctionnés doivent ressortir du dossier et les mesures d'instruction « en routine » dont la Cour déplore l'absence, seraient irrégulières et de nature à entraîner l'annulation des décisions rendues sur leur fondement.

Le taux d'annulation des décisions rendues par les chambres disciplinaires de 1^{ère} instance de l'Ordre des médecins (CDPI) n'a rien d'excessif : plus de 80 % des décisions rendues chaque année en première instance deviennent définitives. Le caractère suspensif de l'appel incite les praticiens sanctionnés à faire presque systématiquement appel, ce qui explique un taux d'appel plus élevé que celui qu'on observe devant les juridictions administratives de droit commun.

Le principe selon lequel « l'appel ne peut préjudicier à l'appelant » ne peut raisonnablement être remis en cause. La suggestion faite par la Cour d'un appel systématique des conseils départementaux est particulièrement choquante.

S'agissant des principes d'indépendance et d'impartialité, auxquels les chambres disciplinaires sont particulièrement attachées, comme le démontre chaque année le rapport d'activité de la juridiction ordinaire, la Cour met gravement en doute leur respect à partir de faits regrettables mais isolés (un seul manquement avéré à l'impartialité a conduit la juridiction à sanctionner un assesseur) et présentés de façon biaisée, laissant ainsi entendre que leur méconnaissance est généralisée.

L'affirmation selon laquelle il n'y aurait pas de corrélation entre les manquements retenus et les sanctions prononcées traduit encore une fois une méconnaissance inquiétante par la Cour de la spécificité du droit disciplinaire et du caractère particulier de chaque dossier. La sanction varie en fonction du nombre de griefs retenus, un ou plusieurs, de l'éventuelle récidive, du comportement d'ensemble du médecin, des circonstances de l'affaire, de l'attitude du plaignant...

La Cour, en sortant de son champ de compétences, porte sur la juridiction ordinaire une appréciation particulièrement hasardeuse et inacceptable qui traduit une méconnaissance inquiétante de cette juridiction.

Conclusion

La réponse que l'Ordre est amené à apporter au rapport public de la Cour démontre que le contrôle qui a été conduit ne peut être regardé comme l'ayant été tel qu'il aurait dû l'être, c'est-à-dire sur la base d'échanges sincèrement contradictoires et sans a priori avec les Instances de l'Ordre. On peut rappeler par exemple que le Président du Conseil national de l'Ordre des médecins n'a rencontré la mission que lors de l'entretien inaugural pour présenter le contexte du contrôle et lors de l'entretien final pour clôturer le contrôle.

Si cela avait été le cas, la Cour aurait reconnu que l'Ordre des médecins s'est engagé depuis 2013 dans une transformation profonde pour mieux exercer les missions nouvelles que lui ont conférées les pouvoirs publics, et mieux accompagner les médecins quel que soit leur mode d'exercice, ou leur lieu d'activité. Si cela avait été le cas, la Cour aurait pu ainsi reconnaître que cette modernisation, non encore achevée, allait dans le bon sens. Si cela avait été le cas, la Cour aurait souligné la profondeur des missions accomplies par l'institution et aurait reconnu leur utilité et leur efficacité.

Malgré ce contexte, l'Ordre entend mettre à profit, quand elles sont fondées, les recommandations de la Cour pour accélérer encore cette modernisation de l'Institution, notamment en matière de gestion.

Mais l'Ordre conteste la lecture partielle et partielle d'un rapport qui a trop peu tenu compte des éléments contradictoires apportés, donnant le sentiment d'une méconnaissance de la réalité de l'Institution d'aujourd'hui. L'Ordre refuse aussi la vision réductrice de ses missions et continuera d'assumer fortement dans le débat public, ses combats éthiques et déontologiques, comme ses propositions pour améliorer le système de santé. Enfin l'Ordre entend également intensifier son dialogue et ses actions auprès des médecins.

C'est en s'engageant de manière volontariste sur tous ces champs, que l'Ordre sera fidèle à sa mission de service public.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU GRAND EST

- **« Des niveaux d'indemnités très hétérogènes »**

« Enfin, des indemnités ne sont pas toujours versées à bon escient : ainsi en Alsace, le président du CROM a perçu en 2018 une indemnité de 320 € pour se rendre aux vœux du préfet ou encore assister à une projection sur les médecins déportés ; la vice-présidente a perçu 460 € pour assister aux obsèques de l'épouse d'un conseiller, remboursés depuis. »

Sur le sujet de la trésorerie de l'ex CROM Alsace une action disciplinaire est en cours au CNOM, vous comprendrez que je ne puisse faire de commentaire sur une procédure en cours.

- **« Des assesseurs souvent largement indemnisés »**

« La loi autorise le versement d'indemnités aux assesseurs, comme à tout membre de l'ordre qui assure une mission ponctuelle. De fait, les assesseurs sont toujours indemnisés.

En dépit de la préconisation faite en 2013 par la mission d'inspection des juridictions administratives d'unifier les rémunérations des assesseurs et des rapporteurs afin de rendre plus attractives les fonctions juridictionnelles, celles-ci sont restées très hétérogènes. La rémunération pour participation à l'audience peut varier du simple au triple, de 80 € en Aquitaine à plus de 240 € en PACA-Corse. La rémunération au rapport peut, quant à elle, varier du simple au décuple : de 50 € dans le Centre ou l'Alsace à 540 € en Lorraine pour les dossiers les plus complexes. »

Comme vous le rappelez « la loi autorise le versement d'indemnités aux assesseurs ». En Lorraine : Pour le rapporteur une somme était

attribuée pour indemniser le temps passé à l'élaboration et à la rédaction de son rapport. Cette disposition a été mise en place en 2010 à la demande du président LION, magistrat responsable de la CDPI. Cette disposition a été acceptée ensuite par vote par le conseil plénier du CROM.

Cette disposition comptait 3 niveaux, le niveau étant fixé par le magistrat selon son appréciation de la complexité du dossier et donc de la charge de travail à investir pour rédiger le rapport. Le président LION attribuait le niveau de complexité du dossier et donc le montant de la somme allouée, ce qui était transmis au trésorier pour versement de la somme selon la procédure habituelle, ordonnateur, trésorier et liquidateur.

Une remarque supplémentaire qui pour moi a son importance : pour un rapport de niveau trois donc le plus complexe (seulement deux niveaux trois ont été payés en Lorraine entre 2010 et 2018) comportant pour l'un plus de huit dossiers à résumer en un seul rapport, cela représentait plus de vingt heures de travail. La somme versée a été de 540 € brut soit 27 € brut de l'heure. Compte tenu du niveau d'expertise requis cela n'est nullement excessif.

• **« À la CDPI de Lorraine, une situation de crise illustrant les difficultés d'indépendance de certaines CDPI »**

« En Lorraine, les relations très tendues entre le président du conseil régional et la greffière, ont abouti en novembre 2018 à une crise préjudiciable au bon fonctionnement de la chambre disciplinaire : les travaux de la juridiction ont été totalement interrompus pendant trois semaines, à la suite de la saisie par un huissier, à la demande du président du conseil régional de l'ordre de l'ordonnateur de la juridiction, dans le cadre d'une procédure de licenciement initiée à l'encontre de la greffière. Les magistrats de la CDPI ont été mis devant le fait accompli.

Cette situation illustre la nécessité d'assurer aux greffiers une réelle indépendance vis-à-vis des élus du conseil régional. À cet égard, le nouveau règlement intérieur du Conseil national, adopté en décembre 2018, qui prévoit d'associer les présidents de juridiction aux décisions concernant les greffiers, représente un progrès. Il convient d'aller plus loin en confiant au niveau national la gestion de ces personnels et en harmonisant leur niveau de rémunération sur le territoire national. »

En Lorraine il n'y avait qu'une seule salariée qui occupait à temps partagé le poste de secrétaire administrative à 50 % et le poste de greffière à 50 %. En toute indépendance, elle devait assurer la gestion et l'étanchéité des données entre le CROM administratif et la CDPI.

En novembre 2018 nous constatons un nouveau manquement grave de notre secrétaire-greffière, qui a conduit à la nécessité d'un licenciement avec mise à pieds immédiate dans l'intérêt de l'institution. L'huissier de justice, présent au moment de la mise à pieds, ainsi que les magistrats présidents de la CDPI présents également, ont constaté les faits suivants : sur le poste informatique de la secrétaire, situé dans le bureau du CROM administratif, on découvre la présence sur la même session informatique d'un mélange de messages émanant de la messagerie de la CDPI et de la messagerie du CROM administratif, ainsi que des dossiers de CDPI et Administratifs sur le Bureau de l'ordinateur.

Pour respecter la confidentialité et l'indépendance de la CDPI et pour sécuriser le partage indispensable des données, nous avons fait saisir l'ordinateur par l'huissier, en accord avec les magistrats présidents de la CDPI.

La séparation des données a eu lieu au CNOM à Paris en présence des représentants de la chambre disciplinaire nationale, habilités à séparer ces données.

Le fonctionnement de la CDPI a donc été interrompu pendant une durée minimale de 3 semaines, et j'ajouterai qu'après ces 3 semaines le greffe a bénéficié d'une salariée à temps plein. Quant à la durée d'interruption de la chambre, qui pourrait paraître excessive, je me permets de faire une comparaison avec celle en rapport avec la démission du précédent magistrat président de la CDPI le 22 septembre 2017, et qui a duré 21 semaines dans l'attente de la nomination de ses successeurs.

Le comportement d'une salarié ne justifie pas de remettre en cause un dispositif qui, aujourd'hui, a repris un fonctionnement satisfaisant selon les règles établies.

« En 2017, deux ordonnances ont renforcé le régime des incompatibilités, en prohibant le cumul des fonctions de président et de secrétaire général d'un conseil avec celle d'assesseur. Ces dispositions ne s'appliquent qu'au fur et à mesure des remplacements découlant des élections. En décembre 2018, 23 élus répartis dans 17 chambres disciplinaires étaient encore officiellement à la fois assesseur et président ou secrétaire général de conseils régionaux ».

Comme vous l'écrivez : « Ces dispositions ne s'appliquent qu'au fur et à mesure des remplacements découlant des élections. ». Il n'y a eu aucune élection au CROM Lorraine depuis la parution de ces ordonnances en 2017 et ce jusqu'en février 2019.

La Secrétaire générale et moi (Président) n'avons plus siégé conformément aux ordonnances dès 2017. Je précise qu'il ne servait à rien de démissionner puisque nous ne pouvions être remplacés. En effet, le CROM Lorraine était composé de neuf conseillers titulaires, dont un refusant de siéger en CDPI. Les huit conseillers titulaires étaient donc assesseurs de fait au titre du collège interne (4 titulaires et 4 suppléants). Après 2017, il restait donc 6 assesseurs au titre du collège interne. Le collège externe n'était pas impacté.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DES HAUTS-DE-FRANCE

En réponse à l'extrait du rapport de la Cour des comptes que vous m'avez adressé concernant les niveaux d'indemnité très hétérogènes des Conseils, je me permets de noter que, en ce qui concerne le CROM Picardie, vous mettez en parallèle la recommandation du Conseil national concernant les indemnités : - 20 % du budget, avec - 41 % des charges totales de ce Conseil (dont je n'étais pas la Présidente), ce pourcentage serait certainement moindre s'il était rapporté au budget.

Il faut également tenir compte des budgets moindres des plus petits Conseils, ce qui peut expliquer un pourcentage plus élevé dans le budget des indemnités de ces conseillers : les missions des CROM sont les mêmes, quelle que soit la taille de la région, et donc quel que soit le budget.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS D'ÎLE-DE-FRANCE

En réponse au rapport, partie - Des conseils régionaux qui peuvent entraver le bon fonctionnement des juridictions - Il me paraît important de rappeler qu'en fonction de la séparation des pouvoirs, le Conseil régional administratif n'a aucune compétence dans l'organisation et le fonctionnement de la Chambre Disciplinaire de Première Instance, la seule obligation est de donner les moyens de fonctionnement : locaux, personnels, indemnisation des magistrats...

Comme indiqué dans le rapport, le Président, le Secrétaire Général et le Trésorier n'ont plus accès au serveur commun du greffe depuis mai 2018 ; que les dossiers sont classés dans des armoires sécurisées depuis décembre 2018.

Concernant le nombre d'affaires jugées, les magistrats et le personnel du greffe ont accepté que le nombre d'audiences ait été augmenté passant de 30 par an en 2017 à 39 pour l'année 2020, le nombre de dossiers audiencés par séance passant de 8 à 9.

Ainsi le délai de jugement devrait devenir inférieur à 12 mois ; par comparaison la Chambre nationale d'appel a un délai de jugement atteignant 18 mois malgré un effectif du greffe nettement supérieur à celui de la CDPI d'Île-de-France.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE NORMANDIE**

Je vous fais connaître que la Chambre Disciplinaire de 1ère Instance (CDPI) de Normandie respecte dorénavant les incompatibilités prescrites par l'ordonnance n° 2017-192 du 16 février 2017, prohibant le cumul des fonctions de président et de secrétaire général d'un conseil avec celles d'assesseur de la chambre disciplinaire.

À la suite de la dissolution des Conseils Régionaux de l'Ordre des Médecins (CROM) de Basse- et de Haute-Normandie consécutive à la mise en œuvre de la réforme régionale, le nouveau CROM de Normandie issu du scrutin du 8 février 2019 a élu son bureau le 13 février 2019. Les Docteurs François CLERGEAT et Xavier ARROT ont été élus respectivement Président et Secrétaire Général du CROM de Normandie.

Le CROM de Normandie procédait le 23 mai 2019 à l'élection des collèges interne et externe de la nouvelle CDPI de Normandie. Ni le président ni le secrétaire général ne se sont portés candidat.

Ainsi, conformément à l'article 19 de l'ordonnance n° 2017-192, le CROM de Normandie a mis à profit le renouvellement de ses instances pour se mettre en conformité avec la réglementation.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DES PAYS DE LA LOIRE**

Les dispositions fixées par ordonnances des 16 février 2017 et 27 avril 2017, modifiant notamment l'article L. 4124-7 du code de la santé

publique, et renforçant le régime des incompatibilités, tenaient à s'appliquer à compter du renouvellement de chaque conseil.

Le renouvellement du conseil régional des Pays de la Loire est intervenu en février 2019 ; à compter de cette date, aucun assesseur à la CDPI ne cumule de fonctions de président ou de secrétaire général d'un conseil, respectant ainsi les dispositions précitées.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL RÉGIONAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS
DE PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR**

Le CROM PACA a été totalement renouvelé en février 2019.

Ma candidature à la Présidence a été conditionnée au changement de local, que nous avons jugé majoritairement mal adapté à nos missions.

Nous sommes actuellement huit mois après notre prise de fonction en train de réaliser l'acquisition de nouveaux locaux qui devraient normalement être opérationnels en 2020.

Nous serons dans un immeuble de bureaux, qui accueille déjà d'autres juridictions et Ordres professionnels.

L'activité administrative sera parfaitement séparée de l'activité disciplinaire.

Nous disposerons d'un accès commode, tant pour les membres du CROM, que pour le public, avec des parkings publics à proximité.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL INTERRÉGIONAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA RÉUNION-MAYOTTE**

Réponse à la politique immobilière de l'ordre à La Réunion :

« L'achat de nouveaux locaux, pour le Conseil Départemental et le Conseil Inter Régional Réunion Mayotte, en 2008, a dû faire face à de très nombreuses contraintes et spécificités. Elles ont rendu le choix très limité du fait de l'étroitesse du marché immobilier et des contraintes d'aménagement. La défiscalisation, en 2008, avait dopé le marché des résidences à usage d'habitation et les prix ont augmenté. Les T1 et T2 ont été favorisés par les promoteurs au détriment des surfaces plus grandes devenues très rares à Saint Denis.

La circulation à La Réunion est très difficile et de longs trajets séparent les principales villes. Les nouveaux bureaux devaient se situer à l'entrée ouest de la ville afin d'éviter la traversée de Saint Denis pour les élus du sud et de l'ouest.

La superficie nécessaire et le choix d'une grande salle de réunion ont nécessité l'achat d'un F5-6 pour le CDOM, surface très rare et chère. Il s'agissait aussi d'acquérir, si possible, deux appartements dans le même immeuble pour plus de proximité entre les deux conseils Départemental et Régional.

Un achat brut de décoffrage a permis d'adapter les deux appartements, initialement à usage habitation, et de les transformer en bureaux. Cette solution n'était pas la moins onéreuse mais elle était adaptée aux besoins définis par les élus, en particulier en termes de salle de réunion, avec un coût de travaux supplémentaires.

Les approximations qui ont pu exister dans la rédaction des baux sont en cours de correction suite conclusions de la cour des comptes. Une nouvelle équipe de gestion de comptabilité de la SCI a été mise en place en 2019. Les baux seront actualisés en 2020 ».

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DES ALPES DE HAUTE-
PROVENCE**

Réception par notre Conseil Départemental d'un courrier de Madame X. en date du 5 février 2015 reçu le 12/02 en R.A.R., faisant état d'un « signalement de comportement abusif ». Ce courrier concernait un médecin généraliste ostéopathe inscrit dans notre département, le Dr A.

À ce dossier, était joint le déroulé très détaillé de huit pages d'une consultation qui s'était passée un an auparavant le 6 février 2014 avec compte-rendu de l'entretien « quasi minuté » entre cette personne et le Docteur A ; minutie qui nous est apparue surprenante pour des faits remontant à une année.

Nous avons adressé l'ensemble de ces documents au Docteur A. le 13 février 2015 pour obtenir par écrit ses éléments de réponse en lui donnant une date butoir au 25 février 2015.

Ce confrère a répondu au Conseil Départemental le 22 février 2015 un courrier de 5 pages.

Notre Conseil Départemental, compte-tenu qu'il s'agissait d'un signalement de comportement jugé abusif, le mot plainte n'étant pas exprimé et ne figurant en aucun endroit sur la lettre de Madame X. qui ne demandait, par ailleurs, aucune sanction à l'encontre du praticien, n'a pas estimé devoir traiter ce dossier comme une plainte, le mot « signalement » en entête de Madame X. ayant été interprété dans son étymologie, « porter à la connaissance de ».

Pour ces mêmes raisons, aucune réunion de tentative de conciliation entre les parties n'a été diligentée par notre structure, d'autant que Madame X. a signalé d'emblée dans son courrier, qu'elle ne souhaitait pas être confrontée au médecin.

Ce dossier a été examiné en Séance Plénière de notre Conseil Départemental le 31 mars 2015.

Après avoir pris connaissance de l'intégralité des documents produits ainsi que de l'avis du Conseiller Rapporteur près la Commission des plaintes et des litiges, les Conseillers présents ont décidé de traiter ce dossier comme un différend et de ne pas donner, en l'état et à cette date, de suite ordinale.

Nous avons informé le 10 avril 2015 Madame X. par écrit de cette décision.

Après avoir reçu notre courrier, cette dernière ne nous a pas fait parvenir de plainte formalisée à l'encontre du Docteur A.

Le Docteur A. a sollicité le transfert de son dossier dans le département du VAR en date du 30 juin 2015

Dans le cadre de son inscription à notre Tableau Départemental des Alpes de Haute-Provence, le Docteur A. n'aurait jamais fait l'objet de signalement pour des faits similaires, à l'exception du courrier de Madame X.

Notre Conseil Départemental a été destinataire d'une réquisition à personne datée du 7 septembre 2015, d'un Officier de Police Judiciaire agissant pour l'exécution d'une commission rogatoire délivrée le 4 septembre 2015, par la Juge d'Instruction près le TGI de D. à l'encontre du Docteur A. « mis en cause » par une seconde plaignante, Mme Y, « pour agression sexuelle par personne abusant de l'autorité que lui confère sa fonction ».

La mission stipulait de bien vouloir assister l'OPJ à mener au domicile du Docteur A. ainsi qu'à ses cabinets médicaux (perquisitions, saisies, scellés). Il devait être procédé à la saisie de tous les dossiers

(médicaux et dans le cadre de l'activité d'ostéopathe) détenus par le Docteur A. concernant Mmes X et Y.

À noter que cette seconde plaignante n'a adressé aucun signalement ni plainte à notre structure.

Cette réquisition ayant été reçue au siège de notre Conseil, un Membre Conseiller a apporté son concours à la justice après avoir prêté serment en se rendant à cette saisie de dossiers le 8 septembre 2015.

Cette représentation de notre Conseiller est mentionnée au PV de notre séance plénière du 22 septembre 2015.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DES ALPES MARITIMES

En raison de l'augmentation progressive du nombre des médecins inscrits ainsi que des missions mises à sa charge, le Conseil départemental des ALPES-MARITIMES de l'Ordre des Médecins a régulièrement besoin d'augmenter la surface de ses locaux. Dans ce cadre, il a, au cours des années, procédé à l'achat de nouveaux locaux contigus ou très proches géographiquement de ses locaux initiaux.

C'est dans ce cadre qu'ont été achetés deux appartements complémentaires en 2014 et 2015 pour une surface totale de 81 m². Ces achats ont été faits à des prix dans la moyenne basse du marché.

Une étude d'aménagement de ces locaux a été réalisée en 2015/2016 par un architecte, que nous tenons à la disposition de la Cour des comptes.

Il nous est apparu que la transformation envisagée avait un coût non négligeable, tout en ne répondant pas totalement aux besoins de notre Conseil.

De plus il est apparu que des obstacles à nos missions pourraient survenir dans notre copropriété.

C'est la raison pour laquelle il n'a pas été donné suite à l'utilisation de ces locaux, la réflexion menée autour de ce travail étant qu'un déménagement de nos locaux était nécessaire.

Cette recherche active de nouveaux locaux (plusieurs visites, avec étude approfondie par architecte pour certains des locaux, étude de la possibilité de mise aux normes, etc.) depuis maintenant 3 ans, est proche d'aboutir.

Dans cette optique, les locaux ci-dessus désignés vont faciliter ce nouvel achat.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE L'AVEYRON**

À la lecture de ce rapport je constate qu'il a bien été pris en compte la remarque que je vous ai transmise en ce qui concerne l'augmentation des salaires. Je tiens juste à rajouter que pour l'augmentation salariale pour l'année 2019 elle a été calculée au taux de l'inflation (décision prise avec les nouveaux membres du bureau de notre conseil).

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU BAS-RHIN**

• **« De fréquents problèmes de gouvernance nuisant à l'image de l'institution »**

« Les conflits de gouvernance au sein des conseils ne sont pas rares (...Bas-Rhin...) et nuisent à l'image de l'ordre des médecins. Ils peuvent dans certains cas conduire à des contentieux entre dirigeants d'un même conseil, entraînant des frais d'avocats souvent financés par les cotisations ordinaires.... »

Il n'existe aucun conflit de gouvernance au sein de notre Conseil départemental.

Il est apparu depuis plusieurs mois une différence d'appréciation entre le Trésorier de notre Conseil et le reste des membres de notre Bureau et du Conseil en ce qui concerne la problématique des indemnités allouées aux Président et Secrétaire Général, mais ceci a été tranché lors de la réunion du Conseil du 28.02.2019 (voir PV en PJ) qui a confirmé l'option en cours.

• **« Une gestion des ressources humaines peu encadrée »**

« ...

2- Une politique salariale hétérogène avec des niveaux de rémunération particulièrement élevés

b) Dans les conseils départementaux et régionaux

...

Enfin, en matière de revalorisation salariale, il existe autant de cas de figure que de conseils. Dans le département du Bas-Rhin, les salaires augmentent depuis 1999 de 1 % au 1^{er} janvier et 1,5 % au 1^{er} juillet ; »

Les revalorisations salariales des secrétaires ont été fixées par contrat de travail lors des mandatures précédentes (1999) et le Code du Travail ne permet pas de les modifier en cours de contrat.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DES BOUCHES-DU-RHÔNE

En préambule, il nous semble important de souligner le contexte de la présente réponse aux conclusions du Rapport de la Cour des comptes.

Nous avons parfaitement entendu toutes les observations de la Cour et nous les percevons comme une réelle opportunité pour l'avenir du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône.

Elles nous ont permis de nous conforter dans l'idée que le Conseil est au service des médecins, dans l'intérêt des patients. C'est pourquoi nous avons pleinement conscience d'être les garants de l'image de l'Institution et de son rôle de défense et de régulation de la profession médicale.

L'équipe nouvellement élue que je représente a la volonté de renvoyer aux médecins l'image d'une gouvernance transparente, unie, fédératrice et à leur service.

Dès notre arrivée nous avons notamment :

- *Mis en place des réunions thématiques autour de sujets d'actualité, dans la droite ligne des missions du Conseil de l'Ordre.*
- *Créé une newsletter destinée entre autres à relayer en local les préconisations du Conseil national. Nous développons ces actions auprès des acteurs de proximité.*

Nous avons pris attache avec les partenaires politiques et institutionnels des bassins de vie pour participer au maillage territorial de la continuité de l'offre de soin.

Nous nous sommes engagés à ce que le Conseil départemental soit accueillant et considéré comme la maison de la médecine.

- **Extrait n° 1 : conflits de gouvernance**

La décision prise le 04 juillet 2018 par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé de la Région PACA de faire application de l'article L.4123-10 a abouti, par volonté des médecins du département, à l'élection d'un Conseil entièrement renouvelé.

Les contentieux antérieurs ont gravement affecté l'image du Conseil. Ils ont eu un coût humain et financier élevé. Il nous appartient de retrouver la confiance des confrères en travaillant dans le respect d'une Institution à leur service.

Dans un souci d'apaisement notre Conseil a mis fin aux procédures disciplinaires en cours initiées à l'encontre des élus ou médecins lorsqu'elles concernaient leur prise de position durant le conflit de gouvernance.

Élue présidente du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône le 29 avril 2019, j'ai pris connaissance des charges financières importantes liées aux différends interpersonnels et aux dysfonctionnements divers. La nouvelle équipe souhaite dédier les cotisations perçues au service des médecins via, par exemple, l'organisation de réunions d'information, la création d'outils pratiques et de mise en relation des médecins entre eux.

- **Extrait n° 3 : suivi des actifs mobiliers**

Aucun inventaire des actifs physiques et mobiliers du Conseil n'a jamais été réalisé.

Ce constat soulevé par le rapport de la Cour des comptes nous incite à mettre en place sans délai un processus d'inventaire des biens du Conseil. La réflexion est en cours sur la possibilité d'externaliser la prestation ou de la réaliser en interne.

Actuellement, il n'y a pas de bien mis à la disposition du personnel ou des élus tels que voiture de fonction, téléphone / ordinateur portable, carte essence, etc.

En 2015, le Conseil départemental avait mis à la disposition des élus des tablettes numériques, chaque élu ayant signé un courrier l'informant que l'outil de travail a été mis à sa disposition à titre gracieux.

Lors de la Séance Plénière du 1^{er} juillet 2019, le nouveau Conseil avait décidé d'adresser un courrier demandant la restitution de la totalité des tablettes afin qu'elles soient remises aux nouveaux élus pour faciliter leur travail au Conseil durant leur mandat. Le Conseil se charge de relancer ceux des anciens élus qui n'ont pas donné suite au courrier.

• **Extrait n° 5 : achats immobiliers**

Nous entendons les remarques de la Cour des comptes relatives à l'aspect esthétique du Conseil dont la façade est inscrite aux bâtiments remarquables.

Historiquement, le siège du Conseil départemental des Bouches-du-Rhône a été acquis en 2002 pour un coût de 2 500 000 € (rénovation et transformation en bureaux compris). Sa valeur estimée en 2011 par une société indépendante était comprise entre 3 700 000 € et 3 900 000 €.

Compte tenu de ces éléments, il nous semble que cette acquisition immobilière a été réalisée dans une volonté de sécuriser le patrimoine du Conseil et n'a pas été effectuée à perte.

Nous procéderons néanmoins à une nouvelle estimation afin de nous assurer que la valeur actuelle est toujours supérieure au coût d'acquisition et de rénovation.

À la suite de notre élection, nous avons étudié l'hypothèse de transférer le Conseil dans un lieu plus standard et fonctionnel. L'état actuel du marché immobilier n'offre pas de solution correspondant aux besoins du Conseil dans une enveloppe budgétaire raisonnable.

Par ailleurs, le siège du Conseil départemental permet d'accueillir tous les médecins dans un lieu accessible en transport en commun et à tous les modes de mobilité, proche des accès autoroutiers, avec de grandes facilités de stationnement (plus de 200 places non payantes dans un périmètre de 200 mètres).

Enfin, le projet d'agrandissement initié en 2012 a été interrompu en 2016. Notre équipe actuelle étudie la possibilité de rénover ou de détruire les locaux annexes.

Une fois sa réorganisation et son projet stabilisés, le Conseil départemental des Bouches-du-Rhône continuera à se développer en totale cohérence avec ses missions.

En traversant ces derniers mois marqués par une remise en question totale, nous sommes empreints d'un fort engagement collectif et d'une motivation sans faille.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE
L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA CORSE DU SUD**

Le Conseil départemental de Corse-du-Sud a toujours accordé une grande importance à l'organisation et au bon déroulé des conciliations. Ses conseillers ont, de tout temps, participé à cette mission statutaire du Conseil de l'Ordre, et cela de manière efficiente. Si la désignation des membres de la commission de conciliation n'avait pas été actée, c'est parce que le Conseil a toujours considéré que tous ses membres en faisaient partie, hormis les élus de la Chambre disciplinaire de première instance.

La commission de conciliation est désormais formellement constituée, tous les conseillers en sont membres exceptés les assesseurs à la Chambre disciplinaire.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE
L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA HAUTE-CORSE**

Je tiens à souligner, d'emblée, qu'entre la fin de l'année 2017 et le début 2018, soit en quelques mois seulement, notre conseil a changé de secrétaire, de locaux, de Bureau et de Président et parallèlement les dispositions réglementaires et législatives ont également évolué.

En effet, le mode de fonctionnement dépassé de notre Conseil, a été corrigé dès le début de l'année 2018 par une réorganisation complète des membres de l'ordre et du personnel administratif ainsi que la mise en œuvre de la saisie informatique des données.

Concernant la plainte déposée à l'encontre du Dr X, membre de notre Conseil, par une patiente résidant en Sardaigne, nous attendions la réponse de la plaignante, qui nous avait informé téléphoniquement qu'elle serait présente en France au mois de septembre et reviendrait vers nous, avant de délocaliser la conciliation dans un autre département, et cela nous a été, vertement, reproché par vos Conseillères qui ont considéré que nous protégeons notre consœur car membre du conseil départemental.

Ce dossier a été adressé au Conseil National qui a délocalisé la plainte dans un autre Conseil, lequel a établi un Procès-Verbal de carence de conciliation en l'absence des deux parties et notre Conseil réunit en Séance plénière a transmis cette plainte à la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} Instance PACA-Corse conformément à l'ordonnance du 16 février 2017.

De plus, cette consœur m'a adressé un courrier, il y a quelques mois, dans lequel elle estime, bien au contraire, de ne pas avoir été suffisamment soutenue par notre conseil et non protégée comme vous le présumez.

Par ailleurs, elle exprime même, à mon endroit, un fort ressentiment personnel ; ce qui l'a conduite à démissionner de notre Conseil en date du 06/01/2019.

Concernant la gestion des plaintes, vous avez relevé que notre conseil n'organisait pas de conciliation préalable et informait le praticien, le plaignant prenant ensuite connaissance à notre conseil de sa version des faits.

Cela est effectivement une perte de temps et depuis votre remarque, nous organisons la conciliation, directement sans attendre la version des faits du praticien.

Cette gestion des plaintes n'a désormais plus cours au sein de notre Conseil.

Pleinement conscient des efforts à fournir, notre Conseil a signé une convention d'assistance juridique avec un avocat justifiant de compétences reconnues en matière de contentieux disciplinaire public.

Il en résulte un encadrement et cela dès réception des courriers susceptibles d'être regardés comme des plaintes ou des doléances.

L'article L. 4121-2 du code de la santé publique auquel renvoie l'article L. 4123-1 du même code, définit les missions que le législateur a confiées à l'Ordre des médecins et plus particulièrement aux conseils départementaux.

De manière obligatoire l'ordre a compétence pour maintenir le respect d'un certain nombre de principes éthiques formalisés dans la partie réglementaire du code de la santé publique. Il statue en outre sur les inscriptions au tableau. Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il résulte de ce bref rappel, que les activités du conseil de l'ordre départemental sont exercées dans un cadre sollicitant divers domaines juridiques.

Sa nature de gardien de la conformité à la norme de la profession médicale lui impose dans ce domaine notamment une grande exigence d'exemplarité.

Concrètement, au niveau disciplinaire, le modus operandi de la collaboration entre notre avocat et notre Conseil, est le suivant :

1. Lorsque l'Ordre départemental est plaignant à titre principal :

- mise en forme des plaintes présentées directement à la Chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins interrégional Provence Alpes Côte d'Azur- Corse.

2. Lorsque l'Ordre départemental transmet une plainte :

- préparation, en liaison avec le secrétariat de l'ordre, de la réunion de conciliation en assurant la sécurisation formelle de la procédure (incompatibilités, quorum, compétence du président...);
- rédaction de l'avis motivé de transmission de la plainte ;
- dans l'hypothèse d'une association à la plainte ainsi transmise, rédaction du mémoire en réplique ;
- dans l'hypothèse d'une transmission sans association, répliquer en qualité d'observateur, au mémoire en défense sur ce même terrain procédural.

S'agissant des 5 % des dossiers papiers manquants des médecins, égarés lors du déménagement dans l'urgence et l'emménagement dans des locaux en chantier de notre conseil et il convient de préciser que nous avons constaté que tous ces dossiers sont très voisins dans l'ordre alphabétique que ce soit par exemple pour les « L » ou pour les « T », comme s'ils faisaient partie à chaque fois d'un même carton.

La reconstitution matérielle de ces dossiers est bien avancée et est toujours en cours.

Le dossier de l'ancien Président de notre Conseil, sans activité médicale depuis novembre 1998 a été entièrement reconstitué.

En l'espèce, aucune volonté de dissimulation d'informations ne peut nous être opposée.

Concernant les dossiers médecins inscrits à notre Tableau, ils sont à ce jour en format papier, la numérisation de ces dossiers a été validée en séance plénière et l'embauche d'un secrétaire administratif à temps partiel permettra au 01/01/2020 d'entreprendre cette mission sans peser sur le fonctionnement quotidien de notre Conseil.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE L'HÉRAULT

1. Dérives dans la « Lettre de l'Ordre » de mai 2013

- *Le texte incriminé a été publié dans la rubrique « Libres propos / Billet d'humeur » ;*
- *Le texte incriminé est signé du Docteur WOLFF, Gynécologue, qui précise bien que ce texte « n'engageant que lui et ne reflétant en rien l'avis du Conseil » (en N.B) ;*
- *Cette publication a valu :*
 - *une plainte du Conseil National de l'Ordre des Médecins contre le Docteur WOLFF. Plainte rejetée par la Chambre Disciplinaire de 1^{ère} Instance du Rhône le 14 avril 2014*
 - *puis un appel du Conseil National de l'Ordre des Médecins contre cette décision, appel lui aussi rejeté le 8 juin 2015*

Aucune faute déontologique n'a donc été retenue.

Pour toutes ces raisons il nous semble injustifié de qualifier cette publication de 2013 d'« expressions publiques inappropriées ».

2. Entraide

a) Dérive dans les critères d'attribution et dans les montants alloués :

L'attribution d'une entraide au Conseil Départemental de l'Hérault se fait par décision du Conseil réuni en séance plénière sur proposition du Trésorier ou du Président. Le plus souvent, c'est le Trésorier qui reçoit longuement le demandeur, qui le questionne très précisément sur ses ressources et ses dépenses, qui examine son SNIR et qui fait un compte rendu détaillé au Conseil.

Ce mode de fonctionnement, basé sur la confiance et la confraternité, nous a toujours semblé éthique et déontologique. L'avis d'imposition n'a jamais été demandé car le plus souvent les confrères demandeurs sont non imposables. D'autre part, l'avis d'imposition reflète la situation de deux ans auparavant et non du moment de la demande d'entraide.

Le montant des entrades alloué, entre 4 000 et 5 000 € en moyenne, correspond à notre avis à une juste mesure eu égard aux difficultés présentées par les confrères et du niveau de notre trésorerie. Mais il est bien évident que le Conseil Départemental de l'Hérault de l'Ordre des Médecins est favorable à un barème national qui s'imposerait à tous.

b) Les prêts :

- depuis deux ans, nous n'accordons plus de prêts ;
- les prêts accordés ont été remboursés, certes avec parfois plusieurs années de retard mais tous ont été remboursés sauf un.

Ce prêt non remboursé a été accordé à une confrère récemment retraitée, connaissant de graves difficultés financières. Elle nous a fait une reconnaissance de dette signée où elle s'engage à tout rembourser dès que sa maison serait vendue. Cette vente traine, c'est pourquoi le remboursement est pendant... Faut-il faire une action en justice ???

Le prêt de 10 000 € à une élue ordinale, médecin généraliste, a été accordé en urgence, dès le lendemain d'une agression à son domicile lors d'un cambriolage pour lui permettre de continuer à travailler. Ce prêt a été validé, a posteriori, par une décision du Conseil en séance plénière.

Ce prêt a été totalement remboursé.

Enfin, le prêt du Docteur Patrick WOLFF, ancien président du Conseil Départemental, a été accordé par un « bureau restreint », mais validé par une décision du Conseil à la séance plénière suivante.

Il était destiné, dans le cadre de l'affaire mentionnée au I, à payer les frais d'avocat induits par l'appel du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui avait été débouté de sa plainte en 1^{ère} Instance, la RCP du Docteur WOLFF ayant pris en charge les frais de 1^{ère} instance mais refusant de prendre en charge les frais d'appel. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins ayant été débouté ensuite en appel, le Conseil Départemental, dans sa séance du 14 juin 2016 a donc décidé de transformer ce prêt en don car

- aucune faute déontologique n'avait été retenu contre lui ;
- les deux plaintes déposée (1^{ère} Instance et appel) l'avaient été au motif « qu'en tant que Président du Conseil Départemental il avait un devoir de réserve », c'était donc bien sa fonction de Président qui était incriminée et le Conseil Départemental a pensé qu'il devait lui témoigner sa solidarité par ce geste.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA MAYENNE**

Le point « entraide généreuse, très hétérogène et parfois versée à tort » ne répond pas à nos remarques déjà formulées à l'encontre du conseil de la Mayenne, à savoir :

« Le CNOM et nous même avons été destinataires d'un courrier de demande d'entraide de la part de la fille d'un médecin radié suite à une décision de la chambre disciplinaire.

Notre conseil a reçu cette demande, le 16 octobre 2016, mais n'a jamais sollicité la commission d'entraide nationale.

Cependant, le CNOM dans sa commission retirée, du 26 octobre 2016, a souhaité verser une aide d'urgence au titre « de l'aide aux études et au regard des éléments contenus dans le dossier ». Le montant a été viré sur notre compte. Nous avons reversé l'intégralité du montant accordé par le CNOM à la fille de ce médecin sur production de factures. »

Le Conseil départemental de la Mayenne n'est donc aucunement impliqué dans la décision d'attribution de cette aide.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LOIRE-ATLANTIQUE**

Afin de rester au plus près de vos commentaires, nous allons aborder les sujets dans l'ordre dans lequel vous nous les présentez.

Extrait n° 1, relatif au contenu du blog du CDOM :

Vous évoquez dans cet extrait, la qualité des contenus publiés par certains Conseils, qui est par ailleurs extrêmement variable et qui a pu donner lieu à des dérives, comme en Loire-Atlantique.

Sujet semble-t-il important puisque le premier de vos sujets et de surcroît encadré. Justement comme vous avez pu le constater, ces « mots d'humeur » (et non pas des pamphlets) ont toujours été bien encadrés, disposés au sein du journal, à leur place, à savoir dans la page « divertissements » à côté des mots croisés et des parties de bridge.

Ces mots d'humeur étaient frondeurs et moqueurs, si possible humoristiques, et en tout cas ni délictueux, ni injurieux, ni agressifs. Ils n'étaient que des jeux, à destination de nos confrères, et pas du tout des

discours de propagande politique. Il est à noter d'ailleurs qu'en presque vingt années d'existence, le Conseil n'a eu aucun retour négatif sur ces mots d'humour, ni du lectorat très spécifique que sont les médecins, ni des institutions officielles à qui nous transmettions la revue.

Nous prenons acte de vos remarques, mais nous nous inquiétons quand même de cette censure qui laisse entendre que notre liberté de parole doit être en tout lieu aseptisée. Nous nous interrogeons également sur la légitimité de la Cour des Comptes sur un tel sujet. Nous nous étonnons qu'une juridiction financière chargée de contrôler la régularité des comptes publics et assimilés, puisse juger aussi de la qualité de notre communication.

Ce qui nous amène donc au sujet suivant qui nous paraît, lui, plus légitime.

Extrait n° 2, relatif aux dépenses sans rapport avec les missions de l'Ordre :

Nous avons pris acte et nous avons corrigé cela dans la gestion des deniers de l'Ordre. Pour parfaire votre information, sachez que l'achat du vélo dont vous parlez, pour le départ à la retraite d'une secrétaire après plus de 30 années au sein du Conseil départemental, a fait l'objet d'une cagnotte alimentée par les personnes physiques concernées, mais dans des proportions insuffisantes pour cet achat, ce qui a motivé l'utilisation des deniers du Conseil. Ce qui ne se reproduira plus. Bien que l'on puisse considérer en l'état, que cette secrétaire était au service de tous les médecins du département qui, de facto, pourraient être considérés comme personnes physiques.

Extrait n° 3, relatif à la distinction entre plaintes et doléances et l'organisation des conciliations :

La qualification en plainte ou doléance n'est pas confiée à un seul élu, mais à notre Secrétaire Générale après discussion avec notre juriste et des conseillers ordinaires lors de nos réunions hebdomadaires. Tous les courriers reçus sont soumis hebdomadairement en Bureau et leur direction est ainsi validée de façon collégiale.

Les conciliations sont, pour la plus grande majorité, (et le seront maintenant systématiquement) sous le contrôle de deux conseillers ordinaires qui sont souvent accompagnés d'une de nos juristes, gage de conformité au droit, et qui sont tenues de par leur contrat au secret professionnel absolu, tout comme peut l'être une secrétaire médicale dans un cabinet de médecins ou dans un service hospitalier.

Quant aux plaintes clairement étiquetées, celles-ci font toutes l'objet d'une conciliation. Les plaintes n'ayant pas fait l'objet de conciliations relevaient dans leur grande majorité de l'article L. 4124-2 du code de la santé publique, mais étaient toutes étudiées lors d'une réunion de bureau (sauf cas très particuliers des plaintes incompréhensibles).

Voilà donc les éléments que nous souhaitons porter à votre connaissance et que vous prendrez en compte sans nul doute.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE PARIS

• Le stationnement en ville des médecins

À Paris jusqu'en 2011, le stationnement était sous la tutelle de la Préfecture de Police. Le Conseil départemental, en partenariat avec la Préfecture, a mis en place pour les praticiens effectuant des visites, la délivrance de « Vignettes Urgences » qui étaient éditées et distribuées par le Conseil départemental. Le listing des médecins bénéficiaires était communiqué à la Préfecture.

À la suite de la réforme qui donnait à la ville de Paris le contrôle du stationnement, le Conseil départemental a sollicité la Mairie afin de rediscuter les conditions de déplacement des médecins parisiens. À l'occasion de ces réunions, le Conseil départemental a toujours pu compter sur le soutien de la Préfecture de Police qui y participait.

C'est avec rigueur que le Conseil départemental agit, afin d'offrir aux parisiens un meilleur accès aux soins et pour permettre une collaboration plus efficace avec les institutionnels qui font appel au Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des Médecins, dans le cadre des missions qui lui sont confiées par la Loi.

Sur les 987 autorisations attribuées en 2018 (pour rappel le Conseil départemental de Paris compte plus de 25 000 médecins inscrits au tableau), deux cas (2) ont été relevés par la Cour des Comptes qui, par erreur, ont bénéficié de la carte Pro SAD.

2018 a été la première année de mise en place de ce dispositif, les erreurs signalées ont été corrigées et dès 2019, les contrôles ont été améliorés.

Le Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des Médecins compte 52 élus ordinaires, parmi eux, 25 élus disposent de la Carte « Pro SAD ».

Une dizaine de Conseillers effectuent, à l'occasion de leur pratique médicale, des visites à domicile justifiant l'obtention de la carte « Pro SAD », et de plus, comme les quinze autres élus disposant de la carte, ils effectuent des missions pour l'Ordre, très fréquemment à la demande d'institutionnels.

Les missions effectuées par les Conseillers ordinaires sont entre autres, les saisies/perquisitions (224 en 2018) faites à la demande d'un juge d'instruction, de la police judiciaire ou du Procureur de la République, les réunions avec l'ARS, la Mairie de Paris, la Préfecture de Police.

Dans les missions de l'Ordre figurent aussi les visites de cabinets médicaux, les réunions de formation, la présence à la commission fiscale des professions libérales, les conférences de territoire, les Conseils de Faculté et bien d'autres activités nécessitant un déplacement et pour lesquelles les frais ne sont pas pris en charge par le Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des Médecins.

• **Politique salariale et service juridique**

Je vous rappelle qu'en l'état actuel de la législation, les juristes salariés des Conseils départementaux ne sont pas autorisés à représenter leurs employeurs devant les Chambres disciplinaires.

Pour plus de précisions, l'avocate du Conseil départemental de Paris a pris en charge pour l'année 2017 notamment, 76 audiences dont 56 devant la Chambre disciplinaire de première instance d'Île-de-France et 20 devant la Chambre disciplinaire nationale.

De plus le Conseil départemental de la ville de Paris est l'un des rares Conseils à salarier un juriste à temps plein.

• **Les conciliations**

- *Concernant l'exemple que vous citez au sujet du Dr S., une conciliation a effectivement abouti, suite à la proposition du médecin de rembourser sa patiente de la somme versée pour des actes d'épilation laser, ce que cette dernière a accepté contre le retrait de sa plainte au Commissariat de Police et son engagement de suivre des soins dans un autre centre.*

C'est de leur propre chef que les parties ont convenu des modalités de cet accord, sans que le conciliateur ne s'y soit immiscé.

En tout état de cause, une conciliation entre les parties ne fait pas obstacle à une plainte du Conseil départemental à l'encontre du médecin concerné, dès lors qu'il apparaît que les faits constituent des manquements graves à la déontologie médicale.

Dans l'exemple cité, il n'y avait pas lieu pour le Conseil départemental de s'autosaisir après cette conciliation et de déférer ce médecin devant la juridiction ordinaire. Les faits reprochés à ce médecin ne relevaient en effet d'aucun manquement déontologique.

Ils portaient sur les résultats d'une épilation dite définitive, relevant d'une appréciation technique échappant par là même à la compétence des instances ordinaires.

- *Toutes les plaintes relevant de l'article L. 4123-2 du code de la santé publique, après échec de la conciliation ou carence, sont transmises à la Chambre disciplinaire de première instance, contrairement à ce que vous écrivez.*

Pour les plaintes relevant de l'article L. 4124-2, les dispositions de cet article n'imposent ni organisation de conciliation, ni transmission de la plainte.

- *L'affirmation sur Mme X ayant porté plainte contre le docteur B laisse sous-entendre qu'il s'agirait d'un artifice pour tenter de convaincre la plaignante d'abandonner ses poursuites ou pour retarder la transmission de la plainte à la juridiction ordinaire. En aucun cas il n'a été tenté de la dissuader de poursuivre sa démarche.*

Votre analyse est totalement contredite par la chronologie de la procédure suivie dans cette affaire :

- *6 août 2012 : réception de la plainte ;*
- *10 septembre 2012 : information du médecin mis en cause et convocation des parties à la réunion de conciliation ;*
- *25 septembre 2012 : réunion de conciliation ayant abouti à la rédaction d'un procès-verbal de non-conciliation ;*
- *12 décembre 2012 : présentation de la plainte et délibération du Conseil départemental décidant la transmission de la plainte à la Chambre disciplinaire de première instance ;*
- *14 janvier 2013 : enregistrement de la plainte par la Chambre disciplinaire de première instance ;*
- *1^{er} mars 2013 : ordonnance du Président de la Chambre disciplinaire de première instance rejetant la requête de la plaignante pour irrecevabilité, pour défaut d'acquiescement de la contribution pour l'aide juridique qui existait à l'époque.*

Lors des conciliations, les conciliateurs informent les parties du parcours que la plainte suivra et des délais habituels en la matière. La plaignante a certainement dû déduire de cette information qu'elle disposait d'un délai pour réfléchir sur les suites de sa plainte avant qu'elle ne soit examinée en séance de Conseil.

Quoi qu'il en soit en l'espèce, il apparaît que ce dossier a été traité sans aucun retard. Si la plainte a été abandonnée, c'est à la seule initiative de la plaignante qui n'a pas donné suite à l'invitation faite par le Greffe de la juridiction de régulariser la procédure par l'acquittement de la contribution pour l'aide juridique.

• ***Le traitement des plaintes pour des faits à caractère sexuel***

Vous faites état de la condamnation prononcée par la Cour Administrative d'Appel de Paris en octobre 2012 contre le Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des médecins d'avoir à verser une somme de trois mille euros en marge d'une affaire concernant un médecin gynécologue.

Nous ne pouvons qu'être très surpris que vous croyiez utile de faire à nouveau référence à cette ancienne affaire aujourd'hui définitivement jugée et tranchée, dans le cadre d'un rapport que vous publiez en 2019. Un tel décalage est non seulement surprenant mais très inapproprié pour apprécier la gestion actuelle et quotidienne du Conseil.

Vous donnez ainsi une fausse impression de la réalité du quotidien de notre activité, ce que nous déplorons.

De plus, nous avons dû procéder à des rectifications de vos écrits qui comportaient des affirmations péremptoires et erronées sur de nombreux points, alors que vous disposiez ou auriez dû solliciter en temps utile les éléments nécessaires.

À titre liminaire, je tiens à rappeler que si la décision a été rendue le 18 octobre 2012, soit il y a plus de sept ans aujourd'hui, les doléances concernées par cette affaire sont encore plus anciennes car elles datent de 1988 à 2004, soit il y a près de 30 ou 15 ans, soit bien antérieurement à la période de votre saisine.

Il faut souligner également que la Cour Administrative d'Appel de Paris avait jugé dans cette affaire que les doléances devaient être requalifiées en plaintes (et non comme des doléances relevant de l'appréciation des poursuites du Conseil) et à ce titre devaient être soumises à la juridiction ordinale.

C'est cette erreur d'appréciation qui a donné lieu, pour la juridiction administrative, à la caractérisation d'une faute.

Contrairement à ce que vous indiquez, aucun élu ordinal n'a été mis en cause personnellement. Seule la responsabilité civile du Conseil de l'Ordre a été engagée pour ces faits très anciens.

Vous avez accepté de revenir sur votre affirmation en indiquant désormais que c'est l'Avocat Général de la Cour d'Assises qui aurait « mis en cause la gestion de l'affaire » par un élu.

Nous rappelons que le Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des médecins, qui s'était constitué Partie Civile dans le cadre des poursuites pénales initiées contre le gynécologue, avait été déclaré recevable par arrêt du 14 mars 2014 de la Cour d'Assises de Paris.

Depuis 2006, le Conseil départemental de la ville de Paris a entrepris toutes les mesures nécessaires pour que le médecin concerné soit sanctionné et il a été prononcé sa radiation en 2013 par la juridiction disciplinaire après les actions et recours formés par le Conseil à cette fin.

Le Conseil Départemental de la ville de Paris a pris acte de la décision de la Cour Administrative d'Appel et les dossiers sont instruits avec la plus grande diligence.

Vous rapportez par ailleurs, qu'un élu ordinal aurait fait l'objet de deux plaintes pour des faits à caractère sexuel, restées sans suite. Le Conseil ne comprend pas le lien avec le traitement de l'affaire du gynécologue radié de l'Ordre depuis 2013.

Alors que ces éléments figuraient au dossier en votre possession, nous nous étonnons que vous ayez dans un premier temps omis d'indiquer dans votre rapport que l'une des plaintes concernant cet élu a fait l'objet d'un désistement du plaignant informant le Conseil départemental par courrier, et que l'autre plainte a été jugée irrecevable par la juridiction ordinale, le plaignant ne s'étant pas conformé aux règles légales de procédure.

De son côté, le Conseil départemental a fait toute diligence en traitant ces plaintes conformément à la loi, lesquelles ne sont donc pas « restées sans suite » de sa part.

En vertu du principe constitutionnel de la présomption d'innocence, seule une décision juridictionnelle définitive de culpabilité est de nature à imposer la cessation des fonctions d'un élu.

D'une manière générale, je conteste fermement votre conclusion selon laquelle « d'autres élus, dans des Conseils départementaux, comme

à Paris, ont retardé l'engagement de poursuites disciplinaires contre des médecins accusés d'agressions sexuelles ou de viols, ces poursuites n'intervenant qu'après la condamnation pénale desdits médecins ».

Cette affirmation non argumentée porte atteinte à l'honneur et à la considération des élus parisiens alors que les plaintes ordinaires sont, conformément à la loi, transmises à la juridiction disciplinaire et que les poursuites sont systématiquement engagées en temps utile.

Dans le respect de la présomption d'innocence et des droits du patient, le Conseil départemental de la ville de Paris de l'Ordre des Médecins œuvre chaque jour pour le traitement des très nombreux dossiers disciplinaires dont il a la charge et se constitue régulièrement partie civile devant les juridictions répressives pour défendre l'honneur et la moralité de la profession médicale.

RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU PAS-DE-CALAIS

1. Sur les « comptes faussés et soupçons de détournement d'argent au profit d'une secrétaire en mars 2012 »

Mon mandat de Présidente n'ayant débuté qu'en avril 2015, je ne peux malheureusement vous apporter d'éléments utiles relatifs à cette période. Je vous invite donc à prendre attache auprès des intéressés afin qu'ils puissent vous livrer leurs explications.

2. Sur le point 3 relatif au licenciement « abusif »

Le motif de licenciement n'est pas celui indiqué par la Cour des comptes (i.e. « raison de santé du salarié »). Le motif invoqué par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Pas-de-Calais était la désorganisation de son secrétariat, celui-ci comprenant quatre personnes à temps plein avec chacune des salariés ayant une compétence spécifique, l'absence prolongée de l'une d'entre elles pénalisait donc la grandement l'organisation et la qualité du travail.

En outre, la Cour des Comptes critique la gestion de ce litige qui à son sens « l'exposait à un contentieux dont il pouvait facilement s'apercevoir qu'il serait perdu d'avance ».

Je m'étonne de cette formulation car la France n'étant pas un pays de « common law » où le juge est lié par un précédent et dont la prévisibilité judiciaire n'est pas possible.

D'ailleurs, la condamnation du conseil de prud'hommes au versement d'une indemnité de 38 000 € a été réduite par la Cour d'appel de Douai de plus de moitié, soit à un montant de 15 000 € correspondant à 8 mois de salaire brut (en dessous de la moyenne selon une étude du ministère de la Justice de 2016 indiquant que cette juridiction accorde en moyenne 10 mois de salaire toutes demandes confondues).

Cela atteste de la véracité du motif invoqué et caractérise la bonne gestion de ce litige par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Pas-de-Calais.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA RÉUNION

- **« De fréquents problèmes de gouvernance nuisant à l'image de l'institution »**

En juillet 2018, à l'issue du renouvellement par moitié du Conseil départemental de La Réunion, les membres du Bureau ont identifié des défauts de fonctionnement de l'institution et l'ont porté à la connaissance de l'assemblée plénière des élus et de l'échelon ordinal national.

Les problèmes identifiés ont fait l'objet de débats ouverts au sein de l'assemblée. La situation a motivé la démission de la majorité des membres du Bureau et induit de facto la démission du président et du secrétaire général.

Le 28 septembre 2018, un nouveau bureau était élu. Depuis cette date, l'institution a retrouvé sa pleine sérénité et a engagé, avec la confiance des élus, la refonte de tous les processus de travail de l'institution, qui sont aujourd'hui normalisés. Il n'existe donc ainsi aucun conflit de gouvernance. Le Conseil a communiqué avec transparence avec la communauté médicale du département pour réaffirmer l'intégrité de son institution et la rigueur vertueuse de ses représentants.

- **« Enfin, des indemnités ne sont pas toujours versées à bon escient [...] »**

A l'issue des élections de juin 2018, les membres du bureau exécutif du Conseil de La Réunion, satisfaisant à leurs pleines obligations ordinaires (le terme de lanceur d'alerte, certes populaire, paraît ici inadapté), ont rapporté au collège des conseillers ordinaires réunis en séance plénière les anomalies de fonctionnement qu'ils avaient constatées. A l'issue de la

recomposition du nouveau bureau élu, toutes les règles institutionnelles ont été scrupuleusement mises en application.

Le refus de porter plainte pour « attitude jugée anti confraternelle et calomnieuse » ne concerne pas le Conseil de La Réunion.

• **« L'insuffisante prise en compte des risques de conflits d'intérêts »**

Le nouveau bureau élu en septembre 2018 s'est interrogé sur la définition générale du conflit d'intérêt lors des débats ordinaires. Cette question a également été débattue avec le Conseil national. La plus grande vigilance est apportée à ce que les décisions ne soient pas altérées par des situations de conflit d'intérêt. Cette vigilance s'exerce au moment des décisions mises aux débats et par un respect scrupuleux des règles de droit, en particulier lorsqu'un conseiller ordinal est impliqué dans un contentieux disciplinaire. À titre d'illustration, depuis cette date, quatre affaires contentieuses impliquant des élus ordinaires ont fait l'objet d'une demande de délocalisation de la conciliation auprès du président du Conseil national. Ainsi, il n'existe aucun écart à ces procédures depuis l'élection du nouveau bureau.

Il n'existe donc aucune situation de conflit d'intérêt dans la gestion des affaires disciplinaires.

• **« Des indemnités parfois irrégulières et des remboursements de frais insuffisamment justifiés »**

Le jour de son élection en septembre 2018, le nouveau bureau a gelé le versement de toute indemnité jusqu'à la mise au vote de l'assemblée plénière d'une grille pour les indemnités de fonction et de missions. Cette grille approuvée par l'assemblée, respecte les règles nationales de non cumul comme celles de plafonnement. La reconstruction de la chaîne de trésorerie ne permet par ailleurs aucun versement d'indemnité qui ne soit précisément justifié, conforme au règlement de trésorerie et validé par l'ordonnateur, le liquidateur puis le trésorier. Un expert aux comptes a été missionné depuis l'année 2019.

Il n'existe donc aucune situation de versement irrégulier d'indemnités au Conseil départemental de La Réunion.

• **« Des comptes incomplets ou entachés de nombreuses erreurs »**

L'absence de report des comptes DAT paraît être le fait d'erreurs d'imputation comptable jusqu'à leurs clôtures en 2013 et 2014. Depuis la mandature de septembre 2018, nous avons, avec l'aide de la comptable, exercé un contrôle rigoureux de tous les comptes de l'institution. Leur

contenu est régulièrement présenté aux élus en séance plénière ainsi que toutes les décisions comptables.

• **« Des comptes délibérément faussés »**

Le début de l'année 2018 a été marqué par la maladie grave du trésorier élu, ne lui permettant pas de se déplacer avec assiduité. La gestion de la comptabilité était assurée par la secrétaire-comptable, qui s'est avérée agir malhonnêtement, comme l'ont prouvé nos recherches et l'examen minutieux de la comptabilité. Le procureur de la République a immédiatement été saisi d'une plainte contre X pour escroquerie puis d'une plainte nominative à l'encontre de la secrétaire-comptable mise en cause. Son licenciement a été immédiat. Il faut noter que la charge de travail du bureau pendant l'année 2017 et le début de l'année 2018, la concentration de cette charge considérable sur un binôme d'élus, mais également la confiance accordée à la secrétaire-comptable, ont contribué à faciliter ces détournements, les anomalies dans la gestion des règlements par chèques et l'encaissement frauduleux de chèques de cotisations. Toutes les constatations concernant l'escroquerie manifeste, les détournements et les faux en écriture ont été immédiatement portés à la connaissance de la Cour.

Dès le début de notre mandature, la chaîne de trésorerie a été intégralement reconstruite afin de satisfaire aux règles institutionnelles. Aucune dépense ne peut être engagée sans l'approbation du trésorier élu et des coordonnateur et liquidateur désignés en assemblée plénière. Aucune opération bancaire n'est effectuée sans la double intervention de la comptable et du trésorier. Les cotisations sont idéalement réglées directement en ligne sur le site du Conseil national, par virement bancaire ou par chèque bancaire déposé au Conseil, en attendant la généralisation du règlement en ligne. Enfin, toutes les mesures ont été prises pour garantir la mise en sûreté redondante des documents comptables.

La rigueur des procédures mises en application et les contrôles permanents mis en œuvre, tant sur les comptes que sur l'exécution des tâches, assurent la parfaite régularité de fonctionnement de tout le champ comptable et de trésorerie.

Le bureau ne peut commenter l'absence d'un grand livre et d'une balance dans une comptabilité ancienne de 12 ans. Il rappelle cependant qu'une comptabilité était tenue et que les fichiers comptables restaient disponibles.

Le bureau élu en septembre 2018 a mis en application les règles institutionnelles de trésorerie et de comptabilité recommandées par le Conseil national. La comptabilité, dans tous ses champs d'application (salaires, indemnités et comptabilité générale) est désormais saisie en

temps réel dans la base comptable nationale. Les procédures de sécurisation des pièces comptables ont été intégralement normalisées et assurent la parfaite conservation de ces documents. Les outils comptables légaux sont tenus en temps réel. Concernant la disparition de pièces comptables, il est juste de souligner que le Conseil a été victime des agissements frauduleux de deux collaboratrices secrétaires-comptables alors employées par le Conseil et pour lesquelles la justice a été efficacement saisie. On rappelle que le Conseil s'est employé à identifier les anomalies comptables dont il a été la victime, en a informé la Cour et a saisi l'autorité judiciaire.

Les règles de l'art de la chaîne de trésorerie et de la comptabilité sont donc respectées.

- **« Une entraide généreuse, très hétérogène et parfois versée à tort - Des aides injustifiées »**

Par ses commentaires sur les décisions d'entraide prises en séance plénière par le Conseil, la Cour semble méconnaître que les enfants du médecin condamné en 2013 étaient en situation de détresse financière et sociale. L'entraide était réellement et uniquement destinée aux enfants de ce médecin : aide d'urgence pour leur éducation compte-tenu du désarroi dans lequel se trouvait la famille (mère vivant à l'étranger, quatre enfants en bas âge, père incarcéré).

En la matière, une décision de la séance plénière, prise au bénéfice des enfants d'un médecin, à l'issue de la saisine de la commission statutaire ordinale d'entraide, constitue une décision souveraine, guidée par des considérations confraternelles et humanistes, visant à extraire des enfants d'une situation de péril.

La préservation de conditions de vie décentes pour les enfants des médecins dans l'adversité constitue par ailleurs un fondement des engagements Hippocratiques ancestraux, ceux-là même que chacun a pris lors de la cérémonie du Serment.

- **« La politique immobilière »**

Les questions relatives à l'acquisition des nouveaux locaux et de la création d'une SCI « CDOM-CIROM » apparaissent dans les procès-verbaux d'assemblées plénières, dès mars 2008 ; l'avancée du projet est ensuite débattue régulièrement jusqu'en 2009. Il apparaît que le coût de l'immobilier à La Réunion était plus valorisé à cette époque, en raison des possibilités de défiscalisation d'une partie de la valeur des biens achetés. Il y a bien eu, d'après les explications recueillies du gestionnaire de la SCI, Monsieur F., des frais d'aménagement des bureaux et d'agrandissement

par rapport à la construction primitive (bureaux et salle de conférence du Conseil).

Sur les conseils de la Cour des Comptes, nous avons, CDOM et CIROM, remis la SCI entre les mains d'un cabinet de comptables pour revoir les superficies et l'utilisation des locaux communs (Salle du Conseil), ainsi que faire une répartition plus juste des frais de loyers, des charges et des remboursements des prêts pour les deux institutions. Ces décisions ont été votées par les deux Conseils (CDOM et CIROM) en séance plénière.

• **« Trois exemples de traitement des plaintes à La Réunion »**

Il est difficile de justifier le traitement réservé aux affaires disciplinaires dont le Conseil était saisi, alors que je ne disposais alors d'aucun mandat au Bureau (2005-2018). Le Conseil condamne avec la plus grande fermeté les agissements pour lesquels d'anciens confrères ont été condamnés par la justice.

L'une des priorités de ma mandature est de garantir l'équité dans le traitement des plaintes et des signalements.

En conclusion

Il est acquis que les constatations faites par la Cour ont contribué à dresser un audit indépendant et précis sur les dysfonctionnements de l'institution ordinale. Ces conclusions sont venues confirmer les constatations que les élus du Conseil avaient déjà dressées avec précision. Le Conseil a mis en œuvre l'énergie de tous ses élus pour restaurer sa pleine capacité à agir avec transparence et rigueur.

Le Conseil, guidé par sa vocation d'exercer un contrôle de la profession, aux côtés des médecins et pour le plus grand intérêt des patients, tout en gardant la mesure de la responsabilité qui lui est légalement confiée par le code de la santé publique, remplit aujourd'hui ses missions avec fierté et engagement.

Servi par des représentants exemplaires de disponibilité et de dévouement, guidé par le sens de l'honneur et de l'intégrité, le Conseil veille à rendre à la profession l'image de grandeur et d'humanisme dont il peut témoigner au quotidien.

**RÉPONSE DE LA PRÉSIDENTE DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU RHÔNE***De fréquents problèmes de gouvernance nuisant à l'image de
l'Institution :*

1. *La Cour des Comptes a contrôlé le CDOM69 en septembre 2011, (contrôle de 2007 à 2010).*

Les indemnités du président du Conseil départemental et conseiller national ont été présentées et aucune remarque, aucune irrégularité n'a été constatée sur son mode de rémunération. Les comptes antérieurs à 2011 ont été archivés après les contrôles de la Cour des Comptes. Le rapprochement des comptes entre le Conseil départemental et le Conseil National a donc eu lieu à partir de 2011 et jusqu'en 2017. Ceci veut dire qu'il n'y a eu aucun rapprochement des comptes entre 2007 et 2011, les modalités d'indemnisation des conseillers étant par ailleurs différentes.

Je ne suis pas en mesure de confirmer l'ordre de grandeur de 40 000 € que vous avancez.

2. *Je ne peux donc fournir d'explications que pour la période 2011-2017. Le CDOM69 connaissait le mode de rémunération de son président mais uniquement l'indemnisation et le remboursement de frais effectués par le CDOM69, l'indemnisation et le remboursement de frais par le CNOM n'étant connus que du président. Le CDOM69 avait accepté de prendre en charge sur justificatifs, les factures originales des frais d'hôtel pour les réunions à Paris. En effet, cette pratique était bien antérieure, ayant débuté avec le premier conseiller national. Le CDOM69 n'avait pas connaissance d'une indemnité forfaitaire spécifique pour les nuits d'hôtel, sans justificatif de facture, allouée par le Conseil National au président. La présentation des comptes annuels depuis 2012 aux conseillers était claire sur les modalités et les montants d'indemnisation de chacun. Le 21 juin 2016, à la demande d'un vice-président, j'ai moi-même demandé au cabinet comptable externe de nous présenter les indemnités des élus, du président en particulier, et de nous préciser s'il y avait des irrégularités dans les modalités de remboursement de frais. Il n'a été constaté aucune irrégularité dans le dossier du président. Le comptable comme le CDOM 69 n'avait aucun accès aux indemnités personnelles du président en dehors du CDOM 69.*
3. *Lors de sa venue le 15 janvier 2018 dans nos locaux, le Conseil National a réalisé le rapprochement des indemnités perçues par le président de 2011 à 2017 et a constaté que le président percevait à la*

fois l'indemnité forfaitaire de 150€ par nuitée du CNOM et le remboursement des nuits d'hôtel sur factures par le CDOM69 entre 2011 et 2013. Le président pour la première fois m'a informée de cette double indemnisation entre 2011 et 2013, qu'il avait spontanément cessée depuis avril 2013 ensuite jusqu'à la fin de son mandat. Il m'a annoncé qu'il rembourserait sans délai le CDOM69.

- 4. Le 23 janvier 2018, le président a réuni tous les conseillers titulaires du CDOM69 pour leur expliquer cette double indemnisation et ses raisons : acculé par les difficultés rencontrées dans la gestion de son cabinet et une présence croissante au CNOM, insuffisamment indemnisée. Il n'a jamais démerité dans ses missions au CDOM69 et auprès des médecins du Rhône.*
- 5. Le Conseil National a saisi la CDPI Rhône-Alpes d'une plainte à l'encontre du président le 8 février 2018 et a considéré que le CDOM69 ne devait pas l'indemniser pour ses nuits d'hôtel lors de ses missions au Conseil national. Dès lors, le président a remboursé le Conseil départemental du Rhône de 26 307,60 € le 8 mars 2018, ce qui correspond aux nuitées d'hôtel payées par le Conseil départemental du Rhône, et indemnisées 150 € par le Conseil National, pour des missions du Conseil National et non pas du Conseil départemental.*
- 6. Le 6 mars 2018, en assemblée plénière, l'ensemble des conseillers titulaires est informé de la plainte. Le CDOM69 doit se renouveler pour moitié le 11 mars 2018 suivant, soit 5 jours plus tard et le président, qui ne préside pas l'assemblée plénière du 6 mars, nous a informés qu'il ne se représentera pas. Le Secrétaire Général, qui lui-même ne se représentera pas à ce poste, a lu lors de son dernier conseil un courrier personnel dans lequel il remercie le président pour son engagement et la qualité de son travail dans les missions ordinaires qui lui ont été confiées. Il ne défend d'aucune façon le cumul indemnité/remboursement de nuitées d'hôtel lors de ses missions à Paris au CNOM. Le CDOM69 n'a pas pris position.*

J'ai été élue le 20 mars 2018 Présidente du CDOM69. Un tiers des conseillers sont de nouveaux élus qui n'avaient pas connaissance des événements antérieurs au 20 mars. Après des discussions successives, le nouveau CDOM69 n'a pas émis le souhait de s'associer à la plainte de Conseil national auprès de la CDPI. Lors de l'assemblée plénière du mardi 6 novembre 2018, la CDPI de Bretagne a condamné le président à une interdiction d'exercice de 2 ans dont un avec sursis. Le CDOM69 n'a pas fait appel de cette décision.

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA SARTHE**

Pour demande d'information concernant dossiers de plaintes contre des psychiatres de la Sarthe qui ont été condamnés dernièrement, mais avec suspicion de mauvaise gestion des dossiers dans le passé :

- *concernant un premier dossier Dr G., le Conseil de la Sarthe au cours de sa séance du 13 novembre 1980 avait porté plainte à la chambre disciplinaire. Le 13 juin 1981 : réponse : pas de sanction ;*
- *2004 une plainte au tribunal contre Dr G. est prescrite ; la chambre disciplinaire prescrit de même ;*
- *concernant un autre dossier Dr H. un signalement au procureur a été fait par mon prédécesseur : suivi de procédure, radiation en finalité.*

**RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL
DE L'ORDRE DES MÉDECINS DE LA SEINE-SAINT-DENIS**

J'espère vous démontrer qu'il n'y a aucun « financement déguisé du syndicat union 93 par le Conseil de l'Ordre de Seine-Saint-Denis ».

En 2015, alors que le syndicat Union 93 nous avait fait une demande de rachat de parts, pour des raisons qui lui étaient propres, mais possiblement comme vous le dites, pour faire face à des difficultés financières, notre Conseil a eu la recommandation par le Conseil National de l'Ordre des Médecins, d'acquérir la totalité des parts de la SCI. Cette demande a été renouvelée en 2019, lors d'une demande de subvention auprès de la Commission du Fonds d'harmonisation du CNOM.

Le rachat total ne pouvait pas se faire sans l'accord de l'autre actionnaire de la SCI, Union 93, qui a refusé catégoriquement de vendre l'intégralité de ses parts et qui, malgré nos demandes, ne tenait pas à négocier. Nous regrettons de ne pas avoir réussi à débloquent cette situation, ce qui nous a d'ailleurs pénalisés financièrement lors des travaux de mise en conformité pour l'accueil des personnes porteurs d'un handicap. Notre demande d'aide financière réclamée au CNOM n'a obtenu que la moitié des subventions demandés, soit 17 % des travaux.

L'acquisition de la totalité des parts nous permettait, premièrement, de séparer clairement les actions de ce syndicat historiquement dans les lieux et le Conseil de l'Ordre, deuxièmement, d'occuper des surfaces propres au CDOM ce qui était nécessaire pour nous. Néanmoins le rachat

partiel a permis de diviser une salle de réunion en deux parties, créant ainsi un bureau qui manquait pour l'accueil des confrères en cours d'inscription et une deuxième salle des archives pour éviter les casiers épars dans le bâtiment, notamment dans les couloirs, ce qui occasionnait une gêne dangereuse pour la circulation des personnes.

Je précise que cette acquisition était nécessaire au bon fonctionnement de ce Conseil, à l'accueil des confrères et à la mise à disposition d'espaces de réunions propres à la structure ordinale. Il ne s'agit pas ici d'agrandissement des locaux mais à leur réorganisation au bénéfice du CDOM 93. Je tiens à souligner que la formule « déguisé » pourrait évoquer des transactions non conformes, alors que toutes ces procédures se sont faites dans la transparence et avec une déclaration aux autorités compétentes. Il serait plus équitable de modifier la formulation péjorative de votre conclusion.

RÉPONSE DU PRÉSIDENT DU CONSEIL DÉPARTEMENTAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS DU VAR

« Le traitement des plaintes pour des faits à caractère sexuel

Le manque de diligence est le plus souvent lié à la non transmission aux chambres disciplinaires de faits similaires antérieurs ou simultanés mettant en cause les mêmes médecins. C'est ainsi le cas du docteur A. généraliste ostéopathe ayant fait l'objet, en trois ans, auprès de deux conseils, de trois plaintes de patientes pour des faits identiques d'attouchements sexuels. La première plainte a été traitée par le conseil des Alpes-de-Haute-Provence comme une doléance et classée sans conciliation. La seconde, transmise à la juridiction disciplinaire par le conseil du Var a été rejetée pour absence de preuve, le conseil n'ayant pas porté à la connaissance de la chambre l'existence de la première plainte. Une troisième plainte pour des faits identiques a été déposée en 2018. »

Réponse du Conseil Départemental du Var de l'Ordre des Médecins :

Le Conseil Départemental du Var de l'Ordre des Médecins a bien pris note de vos remarques concernant la transmission des plaintes pour des faits à caractère sexuel.

Concernant le dossier du Docteur A. le Conseil Départemental du Var de l'Ordre des Médecins réuni en séance plénière le 6 novembre 2015 n'avait pas jugé opportun d'associer à la transmission de la plainte de

Madame T. le signalement qui avait été effectué dans les Alpes-de-Haute-Provence, non considéré comme une plainte et classé sans suite.

Concernant le troisième dossier en date du 8 juin 2018, les faits étaient postérieurs à la plainte de Madame T. (24 septembre 2015) et ont fait l'objet d'une conciliation entre les parties (2 juillet 2018).

Le Conseil Départemental du Var de l'Ordre des Médecins s'est depuis rapproché du Président de la Chambre Disciplinaire de Première Instance PACA-CORSE et il a été décidé d'engager une réflexion sur la mise en place d'une nouvelle procédure dans le traitement de ce type de plainte ; à savoir la transmission de tout élément susceptible d'apporter un éclairage à l'instruction de la plainte par la Chambre Disciplinaire de Première Instance.
