



*Rapport adopté lors de la session du Conseil national  
de l'Ordre des médecins d'octobre 1998  
Dr Louis-Jean CALLOC'H*

## **LES MEDECINS-CONSEILS : MISSIONS ET DEONTOLOGIE**

### **INTRODUCTION**

Les ordonnances du 24 avril 1996 et leurs décrets d'application ont profondément bouleversé le cadre légal de l'exercice médical et ont consacré la notion de maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Dans ce contexte, l'intérêt d'un rapport du Conseil national de l'Ordre des médecins est triple :

Donner aux conseils départementaux une information actualisée sur le rôle dévolu aux médecins-conseils afin qu'ils puissent jouer un rôle efficace, notamment en matière de rapprochement entre médecins-conseils et médecins traitants. On a pu ainsi constater que la méconnaissance de la mission dévolue aux médecins-conseils en matière d'analyse de l'activité médicale donnait lieu à des querelles sans doute stériles.

Rappeler à l'ensemble du corps médical une évidence : il n'y aura pas de maîtrise médicalisée si les nouvelles missions du contrôle médical ne sont pas acceptées par le médecin traitant et si un climat de confiance mutuelle ne parvient pas à s'instaurer. Il faut bien être conscient qu'en cas d'échec de la maîtrise médicalisée, nous aboutirons très rapidement à une maîtrise uniquement comptable où l'intérêt des patients risque d'être totalement perdu de vue.

Affirmer que la crédibilité et l'efficacité des médecins-conseils dépendent largement du respect de la déontologie médicale. Les instances ordinales, locales comme nationale doivent contribuer à affermir les notions d'indépendance professionnelle, de secret médical, de confraternité, de compétence et de respect des patients.

Dans une première partie nous décrivons sommairement les missions du contrôle médical avant d'initier, dans une seconde partie, une réflexion sur le respect de la déontologie.

## LES MISSIONS DU CONTROLE MEDICAL

Elles résultent de l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale qui prévoit :

*“ I. Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.*

*“ II. Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.*

*“ III. Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L.162-29 et L.162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie.*

*“ IV. Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L.162-5-9.*

*“ Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L.183-1, L.211-2-1 et au 5° de l'article L.221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie ”.*

Ce texte appelle d'emblée les observations suivantes :

Les missions du contrôle médical relèvent désormais de la loi et non plus simplement de décrets. L'ensemble de ses actions concourt à la gestion du risque assuré par les caisses d'assurance maladie.

Ses pouvoirs d'investigation portent, en application de l'article L.315-1 sur :

Le contrôle de *“ tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations ”*. Précédemment, selon la jurisprudence constante de la Cour de Cassation, l'avis du praticien-conseil était opposable à l'assuré pour les seules prestations dont la prise en charge était expressément soumise à un avis du contrôle médical.

Le constat des *“ abus en matière de soins, de prestations d'arrêt de travail et d'application des actes et autres prestations ”*. Les praticiens-conseils voient leur place confirmée dans le contrôle des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

*“ L'analyse sur le plan médical de l'activité des établissements de santé ”*. Les praticiens-conseils sont chargés d'une mission d'audit externe visant à porter une appréciation médicale sur le fonctionnement des structures afin de fournir à l'agence régionale d'hospitalisation des éléments de négociation des contrats. Le service du contrôle médical apporte également des réflexions sur la planification en proposant des approches, en particulier en terme de réseau de soins pour les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS).

“ *L’analyse sur le plan médical de l’activité des professionnels de santé* ”. Cette analyse, qui n’était pas considérée comme légitime par les professionnels de santé car elle ne disposait pas de base juridique, porte désormais sur leur activité “ notamment au regard des règles conventionnelles ”, autrement dit, au bénéfice des assurés sociaux, les références médicales opposables (article L 315-1).

Le contrôle médical, participe à une stratégie de limitation des dépenses de santé en veillant notamment, à ce que les médecins prodiguent aux assurés sociaux, conformément à leurs obligations légales - qui sont aussi déontologiques (article 8 du code de déontologie médicale) - les meilleurs soins au juste coût.

- à l’égard du bénéficiaire de l’assurance maladie, le contrôle médical acquiert une compétence générale en matière de vérification de la justification médicale des prestations servies auxquelles il peut désormais mettre fin (article L.315-2), ce qui correspond à la poursuite des missions d’expertise médico-sociale antérieures à finalité de liquidation,
- à l’égard des professionnels de santé auprès desquels le contrôle médical s’assurera du respect des conditions dans lesquelles sont accordées certaines prestations (article L.315-3) ainsi que la mise en oeuvre des références médicales opposables, ce qui contribue au recentrage de la mission du contrôle médical sur la maîtrise des dépenses de santé, et ce qui correspond à une nouvelle orientation en expertise de santé publique où le contrôle médical participe au dispositif de mise en cause de la responsabilité médico-économique de tous les professionnels de santé,
- à l’égard des établissements de santé, le rôle du contrôle médical est largement consacré et concerne aussi bien les établissements publics que privés.
- Les interventions du service médical dans les établissements de santé et les institutions sociales et/ou médico-sociales peuvent être classées en trois catégories :
- analyse sur le plan médical de l’activité des établissements de santé mentionnés aux articles L.162-29 et L.162-29-1 dans lesquels sont admis les bénéficiaires de l’assurance maladie (article L.315-1.III du code de la sécurité sociale),
- analyse sur le plan médical de l’activité des professionnels de santé (article L.315-1.IV du code de la sécurité sociale), en l’occurrence ici l’analyse de l’activité d’un professionnel exerçant en établissement,
- contrôle individuel des malades hospitalisés : article L.315-1 du code de la sécurité sociale au titre duquel “ *le contrôle médical porte sur tous les éléments d’ordre médical qui commandent l’attribution et le service de l’ensemble des prestations* ”.

L’analyse médicale de l’activité des services est classiquement réalisée sous forme de coupes (transversales ou longitudinales) et plus récemment d’études de comparaison de services. Les conclusions de cette étude doivent être rendues anonymes en ce qui concerne toute possibilité d’identification d’un patient.

Cette analyse peut aussi être envisagée par exploitation de la base de données PMSI moyennant le respect des procédures préconisées par la CNIL dans son avis du 3 octobre 1995 saisine n° 95009454 :

- l'exploitation des données nominatives des résumés d'unités médicales avec un logiciel fourni par le service médical ne peut être réalisée que par le médecin responsable du département d'informations médicales avec l'assistance d'un médecin-conseil,
- l'exploitation peut, dans ces conditions, être effectuée avec le logiciel réalisé par le service médical,
- les résultats produits par cette exploitation doivent rester strictement anonymes en ce qui concerne toute possibilité d'identification d'un patient.

Les modalités de communication des conclusions des analyses d'activité réalisées par le service du contrôle médical sont précisées par l'article R.315-1 du code de la sécurité sociale : les conclusions sont communiquées au directeur de l'établissement ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans le respect du secret médical.

La compétence générale ainsi dévolue au contrôle médical en fait un acteur essentiel de la politique de "*gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie*", et sa légitimité institutionnelle est parallèlement renforcée par l'approbation annuelle par les conseils d'administration des caisses "*plan d'action en matière de gestion du risque*" qu'inclut "*les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs de la caisse et l'échelon local du service médical*".

De plus, les "*unions régionales des caisses d'assurance maladie*" concourent à une plus grande efficacité de ces actions grâce à une meilleure coordination des services du contrôle médical des différents régimes sur le plan des régions.

Les moyens du contrôle médical sont également élargis par :

- La possibilité de saisir une nouvelle instance, le "*comité médical régional*" en cas de non respect :
- des règles de l'utilisation de l'ordonnance bi-zones destinée au patient exonéré du ticket modérateur pour une longue maladie,
- du signalement qu'une spécialité prescrite en dehors des indications thérapeutiques remboursables,
- des conditions de prise en charge des transports,
- des règles de prescription des arrêts de travail.
- La possibilité de saisir directement le comité médical paritaire local, instance conventionnelle, et en cas de carence de celui-ci pour les griefs portant sur les références médicales opposables, de transmettre le dossier au "*comité médical régional*" (article L.162-12-16).

En cas de fautes, de fraudes et d'abus, le médecin-conseil peut toujours saisir la section des assurances sociales des différents conseils de l'Ordre. Il dispose également, comme tout médecin, de la faculté de déposer une plainte devant le conseil régional.

On ne peut qu'être frappé de l'importance des attributions confiées aux médecins-conseils comme de leurs moyens d'action. Dès lors, l'Ordre des médecins doit légitimement s'assurer que les médecins-conseils exercent leur activité dans le respect de la déontologie médicale.

Comme nous l'avons déjà dit, ce souci naturel pour l'Ordre des médecins devrait être partagé par les pouvoirs publics car la déontologie sera ici un gage de crédibilité vis-à-vis des personnes auprès desquelles les médecins-conseils déploient leur activité et in fine favorisera l'efficacité de leur action.

## **LE MEDECIN-CONSEIL ET LA DEONTOLOGIE MEDICALE**

### **1. Le médecin-conseil et le secret**

L'article 4 du code de déontologie médicale prévoit : *“ le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi ”*. Il s'impose donc au médecin-conseil comme au médecin traitant et ne doit pas avoir d'autres fins que l'intérêt des patients.

#### **1.1. Le secret vis-à-vis du médecin traitant**

Il est bien évident que le médecin-conseil a besoin, pour le bon accomplissement de ses missions, d'éléments détenus par le médecin traitant et le secret médical ne saurait faire obstacle aux attributions qui lui ont été dévolues. L'article L.315-1 donne d'ailleurs une base législative à la communication puisqu'il prévoit : *“ le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution de services de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité ”*.

Bien que le médecin-conseil ne soit pas réellement partie prenante dans le secret de l'équipe soignante, sa participation au secret partagé est admise. Le Conseil national de l'Ordre proposait dès 1947 de considérer qu'il y a entre le médecin traitant et le médecin-conseil une consultation médico-sociale ; le premier apportant dans l'intérêt de son malade et avec l'accord de celui-ci certains renseignements nécessaires au contrôle, le second sa compétence médico-sociale. Cet aspect du “ secret partagé ” a été confirmé par le Conseil national de l'Ordre des médecins en sa 215ème session du 27 mars 1998 (article L161-19 et L 162-3 du code de la sécurité sociale).

Cette position confirmée par le Conseil d'Etat dans son avis du 2 juin 1953 est corroborée par les dispositions du code de déontologie médicale. En effet, l'article 50 indique que le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. A cette fin, il est autorisé, après accord du patient, à communiquer au médecin-conseil nommément désigné de l'organisme social dont il dépend les renseignements médicaux strictement indispensables.

Il convient cependant de s'arrêter sur les conditions de la transmission de renseignements médicaux par les médecins traitants :

- la transmission est limitée aux renseignements strictement indispensables à l'obtention des avantages sociaux,
- le médecin traitant est autorisé et non contraint à cette transmission. Cette clause est nécessaire puisque le patient peut de son côté s'opposer à la transmission des informations,
- la transmission est effectuée à un médecin-conseil nommément désigné et par conséquent responsable de l'utilisation qu'il en fait.

Le médecin-conseil peut-il, en dehors de l'hypothèse où une prestation d'assurance maladie maternité et invalidité est en cause, obtenir du médecin traitant des informations de nature médicale.

L'article R.315-1-1 répond par l'affirmative à cette question puisqu'il prévoit : *“ Lorsque le service du contrôle médical procède à l'analyse de l'activité d'un professionnel de santé en application du 4° de l'article L.315-1, il peut se faire communiquer dans le cadre de cette mission l'ensemble des documents, actes, prescriptions et éléments relatifs à cette activité.*

*“ Dans le respect des règles de la déontologie médicale, il peut consulter les dossiers médicaux des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné au cours de la période couverte par l'analyse. Il peut en tant que de besoin entendre et examiner ses patients après en avoir informé le professionnel ”.*

Le Conseil d'Etat, dans un récent arrêt du 12 juin 1998, considère que les restrictions ainsi apportées au secret médical ne sont pas illégales car elles découlent nécessairement des attributions confiées aux médecins-conseils par l'ordonnance sur la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. De plus, le Conseil d'Etat y voit une règle répondant à un objectif de protection de la santé publique. Mais dans ce domaine aussi, le consentement du patient apparaît nécessaire.

## **1.2. Le secret dans le cadre des établissements de santé**

L'article L.710-2 du code de la santé publique a prévu que les médecins-conseils avaient accès, dans le respect de la déontologie médicale, aux informations médicales contenues dans le dossier médical. Il est également prévu dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) que les médecins-conseils aient accès, par l'intermédiaire du médecin chargé de l'information médicale, aux fichiers dits de “ Résumés de Sortie Standardisés (RSS) ”. Dans le cadre des procédures de validation, ils préviennent les praticiens concernés préalablement à toute confrontation des Résumés d'Unités Médicales (RUM), des Résumés de Sortie Standardisés (RSS) avec le dossier médical.

Comme on peut le constater, le médecin-conseil dispose, pour accomplir ses missions, d'informations médicales nominatives très nombreuses et très détaillées. Il convient donc de s'assurer qu'elles restent bien dans les services médicaux et ne peuvent pas pénétrer dans les services administratifs des caisses.

## **1.3. Médecins-conseils et services administratifs**

Les médecins-conseils que nous avons rencontrés partagent le souci de ne pas communiquer au sein même de leur institution ou encore à l'extérieur, des données dont ils sont dépositaires.

Le code de déontologie médicale doit les y aider. En effet, l'article 95 affirme avec force que le fait pour un médecin d'être lié par un contrat, par un statut, ou par un organisme public ou privé n'enlève rien à ses devoirs professionnels, et en particulier à ses obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance de ses décisions.

Plus loin, une disposition propre aux médecins de contrôle rappelle que le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration et l'organisme qui a fait appel à ses services. Il ne peut et ne doit lui fournir que ses conclusions sur le plan administratif sans indiquer les raisons d'ordre médical qui les motivent.

Les renseignements médicaux nominatifs ou indirectement nominatifs contenus dans les dossiers établis par ce médecin ne peuvent être communiqués ni aux personnes étrangères au service médical, ni à un autre organisme.

Les articles 72 et 73 intéressent également au premier chef les médecins-conseils. L'article 72 dispose que *“ le médecin doit veiller à ce que les personnes qui l'assistent dans son exercice soient instruites dans leurs obligations en matière de secret professionnel et s'y conforment. Il doit veiller à ce qu'aucune atteinte ne soit portée par son entourage au secret qui s'attache à sa correspondance professionnelle ”* et l'article 73 rappelle que *“ le médecin doit protéger contre toute indiscretion les documents médicaux concernant les personnes qu'il a soignées ou examinées quels que soient le contenu et le support de ces documents. Il en va de même des informations médicales dont il peut être le détenteur ”*.

Dans ce domaine, il est certain que la mise en oeuvre de systèmes informatiques pourrait, dans certains cas, permettre à des personnes non autorisées d'accéder à des informations médicales. Il est de notre devoir de demander que le contrôle médical garde la totale maîtrise de l'inviolabilité de son informatique. Inviolabilité des fichiers médicaux conservés notamment sur les postes de travail des professionnels et collaborateurs connectés au Réseau Santé Sociale (RSS).

De façon plus générale, les contacts que nous avons eus avec les médecins-conseils nous permettent d'affirmer que ceux-ci souhaitent que l'Ordre des médecins soit à leur côté chaque fois que des pressions pourraient être exercées.

C'est à l'Ordre des médecins également de rappeler aux organismes concernés les règles élémentaires sur la protection du secret et de faire savoir aux médecins-conseils que le conseil de l'Ordre est là pour les soutenir chaque fois que cela sera nécessaire, en concertation notamment avec le service centrale de sécurité des systèmes d'information (SCSSII) dans le cadre du 18ème rapport de la CNIL en date du 8 juin 1998..

#### **1.4. Le codage des actes, des prescriptions et des pathologies**

La nécessité de l'étanchéité entre services médicaux et administratifs apparaît aujourd'hui particulièrement cruciale dans la mesure où le code de la sécurité sociale à prévu que, dans l'intérêt de la santé publique en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables communiquent aux organismes d'assurance maladie le numéro de code des actes effectués, des prestations servies et des pathologies diagnostiquées. Il est à noter que cet article ne fait à aucun moment mention d'une distinction entre service administratif et contrôle médical.

Le décret d'application du 6 mai 1995 vient cependant préciser que le numéro de code des pathologies diagnostiquées est transmis aux organismes d'assurance maladie sur un support autre que la feuille de soins et par des moyens permettant aux professionnels de santé de respecter des règles déontologiques. On doit en tirer comme conséquence que seul le contrôle médical sera destinataire de cette information et son rôle seulement axé sur l'analyse médicalisée de ces données.

On doit constater que cette même règle ne s'applique pas au codage des actes. L'article R.161-32 du code de la sécurité sociale limite cependant l'accès direct aux données médicales aux personnes habilitées. Par ailleurs, il est mentionné dans l'arrêté du 9 avril 1998 relatif aux conditions de réception et de conservation des feuilles de soins électroniques que les bénéficiaires des assurances maladie, maternité et accidents du

travail peuvent exercer leurs droits d'accès pour les données médicales les concernant auprès des médecins-conseils de leur organisme de rattachement.

## **2. L'indépendance professionnelle des médecins-conseils**

Le principe de l'indépendance professionnelle est, pour des raisons qu'il n'est pas utile de développer, étroitement associé à celui du secret professionnel que nous venons d'étudier et on ne peut concevoir l'un sans l'autre.

Les articles 5 et 95 du code de déontologie médicale posent le principe de l'indépendance professionnelle du médecin. L'article 95, applicable aux médecins-conseils puisque ceux-ci sont salariés, est particulièrement précis puisqu'il prévoit qu'en aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance dans son exercice médical de la part de l'entreprise ou de l'organisme qui l'emploie. Il doit toujours agir en priorité dans l'intérêt de la santé publique et dans celui des personnes et de leur sécurité au sein des entreprises ou des collectivités où il exerce.

Chez les médecins-conseils, cette indépendance se traduit aussi bien dans l'organisation interne que dans les attributions.

Dans l'organisation interne, au sein du régime général, le service médical est autonome et comporte trois échelons : national, régional et local. A l'échelon local, le contrôle médical est dirigé par un praticien-conseil chef de service, qui dispose de moyens propres. Au sein de la Mutualité Sociale Agricole, le système est différent mais, jusqu'à présent, les médecins-conseils n'étaient pas placés sous l'autorité du directeur de la caisse mais sous celle de son conseil d'administration.

L'indépendance se traduit également dans les attributions des médecins-conseils. L'article L.315-2 du code de la sécurité sociale prévoit que les avis rendus dans les services du contrôle médical portant sur les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité s'imposent à l'organisme de prise en charge. On ne peut plus nettement affirmer l'indépendance technique des médecins-conseils.

Par ailleurs, les médecins-conseils disposent également d'une grande autonomie pour la saisine aussi bien de la section des assurances sociales que de la section disciplinaire ou encore des comités médico-régionaux.

Des menaces ont pesé et peuvent encore peser sur l'indépendance des médecins-conseils. Ainsi, dans l'organisation interne de l'assurance maladie l'idée du rattachement des services médicaux aux directions des caisses est préconisée, à tous les niveaux, de façon récurrente, par certains. Ainsi, au sein de la Mutualité Sociale Agricole, un projet de décret transférerait du conseil d'administration au directeur la tutelle sur le contrôle médical.

Dans le domaine des missions, notamment dans la perspective d'évaluation des pratiques, des coûts et dans la réalisation d'objectifs des Projets locaux d'Action Concertée (P.L.A.C.), toute la difficulté consiste à marquer la limite entre une coopération et une coordination indispensables entre les caisses et les services médicaux et une intrusion de ces caisses dans le domaine propre de ces médecins-conseils. A cet égard, on peut se demander si la création des unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) ne vient pas créer un lien de subordination professionnelle des médecins-conseils.



En effet, il est précisé à l'article L.183-1 du code de la sécurité sociale que *“ l'union régionale détermine les actions prioritaires à mener et émet un avis sur les plans d'actions des caisses de différents régimes, procède à leur suivi et à leur évaluation.*

*“ L'URCAM peut, en tant que de besoin, faire des recommandations visant à une plus grande efficacité et une meilleure cohérence des actions menées par les différents régimes et plans locaux. Les unions régionales des caisses d'assurance maladie disposent du concours des services de l'échelon régional du contrôle médical, du régime général et coordonne l'activité des services du contrôle médical au plan régional et local de l'ensemble de ces régimes ”.*

Il est encore trop tôt pour connaître l'impact que ces dispositions vont avoir sur l'indépendance professionnelle du médecin-conseil même si elles ne remettent pas en cause son indépendance proprement technique.

Dans ce domaine, comme dans celui du secret médical, nous ne pouvons qu'inviter les médecins-conseils à saisir l'Ordre des difficultés qu'ils rencontreraient, de la même manière qu'on peut rappeler, en tant que de besoin, l'importance que l'Ordre attache au principe d'indépendance, aussi bien auprès des caisses que des pouvoirs publics.

Il paraît utile ici de mentionner un extrait du rapport de la Cour de Compte sur la régulation de dépenses ambulatoires : *“ Dans le contexte d'une maîtrise des dépenses d'assurance maladie appelée à rester largement médicalisée, l'efficacité du contrôle médical repose en partie sur sa réputation auprès des professionnels de santé et des juridictions compétentes. De ce point de vue, l'autonomie du service médical reste un garant de la crédibilité des praticiens-conseils vis-à-vis de leurs collègues. L'essentiel semble donc plutôt résider dans la poursuite des efforts pour améliorer la coopération, tant au niveau national qu'au niveau local, entre les caisses et le service médical ”.*

### **3. La confraternité dans les relations avec le médecin traitant**

Le code de déontologie médicale rappelle que les médecins doivent entretenir entre eux de bons rapports de confraternité. Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation au besoin par l'intermédiaire du conseil départemental de l'Ordre.

Des médecins contrôlés doivent prendre conscience qu'il n'est pas anti-confraternel pour un médecin-conseil d'effectuer un contrôle. C'est une mission qui lui a été confiée par la loi, qui apparaît tout à fait légitime et qui comporte plusieurs niveaux de type incitatif, persuasif ou contentieux.

En revanche, les modalités du contrôle doivent être exemptes de toute animosité et respecter la relation de confiance patient/médecin traitant.

A ce sujet, l'article 103 du code de déontologie précise que *“ le médecin chargé du contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement ni le modifier. Si à l'occasion d'un examen il se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic, le pronostic ou s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement. En cas de difficulté à ce sujet, il peut en faire part au conseil départemental de l'Ordre ”.*

Compte tenu de l'étendue des missions du médecin-conseil et de l'introduction des RMO, les sujets de litige risquent de se multiplier. Il est essentiel que le médecin-conseil, à

l'occasion des contrôles qu'il effectue utilise des méthodes transparentes et ne cherche pas à piéger le médecin contrôlé. De la même manière ce dernier ne doit pas faire obstacle d'une manière ou d'une autre au contrôle.

Le conseil départemental de l'Ordre des médecins a un rôle important à jouer. Il comporte plusieurs facettes.

Au niveau individuel, comme les articles 56 et 103 l'y invitent, le conseil de l'Ordre peut être saisi de difficultés ponctuelles. Il doit apparaître comme le recours naturel et neutre aussi bien pour le médecin contrôlé que pour le médecin contrôleur. La confraternité n'est pas en effet à sens unique et le médecin contrôlé doit se garder de porter des appréciations non fondées ou blessantes à l'égard d'un médecin-conseil.

Au niveau plus général, le conseil départemental de l'Ordre devrait favoriser des rencontres conviviales entre les médecins-conseils de tous régimes et les médecins libéraux.

Compte tenu de la place que les URML (généralistes et spécialistes) et que les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) vont jouer à l'avenir, l'échelon régional administratif de l'Ordre aurait également un rôle à jouer dans ce domaine dans le futur.

Ces rencontres doivent permettre aux médecins-conseils de préciser leurs missions et aux médecins libéraux d'exposer leurs difficultés et les évolutions des pratiques médicales. Elles permettent aussi tout simplement aux uns et aux autres de mieux se connaître.

A cette occasion, les médecins-conseils, et c'est une autre facette de la confraternité, devraient partager avec leurs confrères libéraux (URML) l'information médicale dont ils sont détenteurs et les analyses globales auxquelles ils auront procédé pour ensuite participer avec les partenaires (URML, ARH, URCAM, conseils départementaux ...) à des actions collectives. La récente circulaire du 29 mai 1998 va dans le sens du développement de ces missions de Santé publique.

#### **4. La formation des médecins-conseils**

Comme tout médecin, le médecin-conseil se doit d'entretenir, de perfectionner ses connaissances et de participer à des actions de formation médicale continue.

Ses compétences médicales, relationnelles et administratives sont une condition sine qua non de sa crédibilité et de son rayonnement auprès des médecins dont il analyse l'activité. Seule sa compétence peut donner un sens à l'analyse de l'activité au plan médical des médecins et des établissements.

L'article 101 du code de déontologie médicale précise que le médecin de contrôle ne peut intervenir dans des domaines dépassant sa compétence. De fait, en dehors même du champs des expertises, la question des connaissances peut se poser lors de décisions sur la justification de soins dans le cadre de la maîtrise médicalisée. Indépendamment du recours toujours souhaitable et possible à l'avis de sociétés savantes, de collègues d'experts, le code de la sécurité sociale (Article R315-8) est tenue d'organiser des stages périodiques de formation et de perfectionnement, indique la CNAMTS à l'attention des praticiens-conseils titulaires, après avis du haut comité médical de la sécurité sociale.

Dans son récent rapport, la Cour des Comptes déplore que les modalités actuelles du concours de recrutement ne permettent pas de tester réellement les capacités à l'exercice du contrôle et au dialogue avec les assurés et les professionnels de santé. Elle regrette

également la sous-représentation des spécialistes (15% dans le corps des médecins-conseils). Depuis la mise en place du nouveau régime des études médicales, on peut s'interroger sur la situation des médecins inscrits comme spécialistes par les conseils départementaux de l'Ordre des médecins et qui exercent en fait au sein du contrôle médical une activité d'omnipraticien.

La caisse nationale d'assurance maladie en a pris acte et suggère que le concours s'oriente vers une présélection sur dossiers en fonction de critères préalablement définis d'expérience clinique, et d'acquis dans le domaine de l'épidémiologie, de la santé publique ou de l'économie de la santé. L'épreuve écrite testera les capacités d'analyse et de synthèse des candidats et un entretien structuré permettra notamment d'apprécier la motivation des candidats et leur aptitude à la communication.

Au cours de leur formation initiale, après une formation théorique destinée à l'acquisition des connaissances institutionnelles, réglementaires et des techniques d'analyse des systèmes de soins et d'information, les praticiens-conseils stagiaires mettront en pratique leurs connaissances acquises sous le double contrôle d'un tuteur et du médecin chef local en liaison avec l'échelon régional. Le comportement, les qualités relationnelles et les conditions d'adaptation à la fonction des praticiens-conseils sont particulièrement évaluées durant cette période.

S'agissant des spécialistes, la CNAMTS n'estime pas matériellement possible de doter chaque échelon régional d'un éventail complet de spécialistes. En revanche, elle est tout à fait disposée à faire appel, chaque fois que cela est nécessaire, à des spécialistes référents experts.

Compte tenu de l'évolution rapide des pratiques et techniques médicales, le recours, sous quelque forme que ce soit, à des confrères particulièrement compétents, apparaît en effet indispensable

La circulaire d'orientation du 29 mai 1998 du Service Médical de la CNAMTS, accorde la priorité aux formations et actions de Santé publique : évaluation des pratiques, contrôle et analyses des besoins de soins.

En matière de formation médicale continue, le Conseil national de l'Ordre des médecins estime nécessaire que les médecins-conseils puissent entretenir leur formation médicale et continuer à disposer d'une liberté de choix de certains thèmes.

## **5. Les relations des médecins-conseils avec les patients**

Elles sont encadrées par l'article 102 du code de déontologie médicale. *“ Le médecin de contrôle doit en effet informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle exerce et s'y limiter. Il doit être très circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou commentaire. Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions ”.*

Comme le rappellent les commentaires du code de déontologie médicale, le contrôle médical est une tâche délicate et complexe dans la mesure où le médecin examine des patients qui ne l'ont pas choisi. Il est cependant rappelé que le médecin-conseil ne doit pas devenir l'instrument d'un dirigisme médical qui imposerait l'orientation thérapeutique.

Le code de déontologie médicale de 1995 traduit la volonté de protéger le patient contre un risque de déshumanisation de sa condition par la technologie médicale moderne, par des finalités d'économie et de santé publique très complexes.

Le respect de la dignité de la personne a été élevé au rang de principe de valeur constitutionnelle, le code de 1995 le place à l'article 2 et l'érige ainsi en premier devoir déontologique de tout médecin et donc praticien-conseil.

Or, au cours des contrôles individuels des patients, les recommandations qui sont faites aux praticiens-conseils de prêter une grande attention à ne pas interférer dans la relation du médecin traitant et de son malade, sans faire de commentaires sur le diagnostic ou le traitement, si elle a son bien fondé, trouve ses réserves lors des analyses de l'activité de professionnels. En effet, lors de ces contrôles, s'il est indispensable pour les praticiens-conseils que la clientèle reste dans l'ignorance de l'objet de l'étude, la discrétion la plus absolue est donc nécessaire. Le nombre de patients examiné à cette occasion doit être limité au maximum et ceux d'un même médecin doivent être convoqués à des horaires différents. L'attention des praticiens-conseils doit être d'autant plus grande à ce moment que les textes législatifs les obligent à prévenir le praticien avant tout contrôle. Cette obligation de réserve, si elle est comprise et acceptée par le praticien-conseil, entraîne parfois des incompréhensions de la part de l'assuré qui souhaite connaître le motif de sa convocation et la décision, bien qu'elle ne puisse être communiquée immédiatement. Ces avis et décisions ne seront transmis qu'aux services administratifs des caisses, seuls en mesure de communiquer ensuite l'avis définitif.

Cependant, ces mesures ont l'inconvénient dans un certain nombre de cas, d'inquiéter inutilement les praticiens libéraux et de permettre alors aux praticiens, susceptibles d'être répréhensibles, de mettre en place des contre-mesures en s'appuyant parfois sur des patients légitimement acquis à leur cause.

Les praticiens-conseils observeraient ainsi, parfois dans leur activité des "*manipulations*" de patients préjudiciables à la sérénité des relations. Or, dans le nouveau code de déontologie médicale de 1995, la règle de consentement du patient reçoit une consécration telle que l'on a pu estimer qu'elle devenait la pièce maîtresse de la relation médecin/malade. Ces recommandations de discrétion faites au praticien-conseil le positionnent donc en marge par rapport à la recommandation faite au médecin de fournir à son patient une information claire (article 35), et par rapport au caractère très général des dispositions de l'article 36 qui confère une force singulière au principe de consentement : "*le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas*".

On relève en effet que le consentement concerne "*tous les cas*", qu'il s'applique non seulement aux soins mais aussi à tout simple examen.

De fait, l'obtention par le médecin-conseil de ce consentement serait le préalable pédagogique ; dans le contexte de socialisation des dépenses ; à la collective réalisation des objectifs de qualité et de performance du système de Santé.

## CONCLUSION

La présence d'un Ordre des médecins fort est souhaitée, par tous les praticiens-conseils, notamment au niveau des structures ordinales départementales, afin d'y favoriser avec tous les partenaires les procédures de conciliation, les rencontres confraternelles d'information et d'échange dans l'utilisation des données de santé publique recueillies.

Egalement la présence de l'Ordre des médecins, en une forme de “ *magistère médical* ” s'imposant à tous, est souhaitée par les praticiens-conseils afin de les aider à réaffirmer la nécessité de leur parfaite indépendance au regard des autorités administratives et dans la préservation du secret médical institué dans l'intérêt des malades.

Ils souhaitent enfin que l'Ordre des médecins les soutienne dans la nécessaire évolution auprès des autorités de tutelle des nomenclatures médicales qui sont aujourd'hui inadaptées à l'évolution des pratiques et des techniques médicales.

Ce rapport d'orientation déontologique pourrait déboucher, après concertation avec les Autorités des services médicaux de tous les régimes d'assurance maladie, sur l'élaboration commune d'une “ Charte du Médecin-Conseil ”.

Le respect de la déontologie médicale sous tous ces aspects : (indépendance, secret médical, formation, compétence, confraternité, relation avec les patients) est indispensable pour assurer la crédibilité, l'efficacité des missions des médecins-conseils et la qualité du travail accompli.

L'Ordre national des médecins rappelle, aussi bien au médecin traitant qu'au médecin-conseil, le respect des valeurs qui doivent les unir et non les opposer et partage avec les instances supérieures de l'Assurance maladie, le désir que soit mis en valeur le **rôle de conseil** des médecins-conseils.