

PRESCRIPTION ET CONTROLE DES ARRETS DE TRAVAIL POUR CAUSE DE MALADIE AU REGARD DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE

Cette étude est nécessaire actuellement pour au moins trois raisons :

- l'article 25 de la loi sur le financement de la sécurité sociale pour l'an 2000 dispose :
" *Les médecins sont tenus de mentionner, lorsqu'ils établissent une prescription d'arrêt de travail, les éléments d'ordre médical justifiant l'interruption du travail* " ;
- la Caisse nationale d'assurance maladie a fait part de son inquiétude devant l'augmentation des indemnités journalières versées aux assurés sociaux qui ont augmenté de 4,5% en 1998 par rapport à 1997 ;
- de nombreux conseils départementaux de l'Ordre des médecins ont saisi le Conseil national de problèmes rencontrés dans les relations entre médecin traitant et médecin contrôleur de l'absentéisme, en application de la loi du 10 janvier 1978 sur la mensualisation.

Cette étude n'a pas, cependant, la prétention d'aborder et de régler tous les problèmes soulevés par la prescription et le contrôle des arrêts de travail.

I. QUELQUES DONNEES STATISTIQUES

Données CNAMTS

Au cours de l'année 1998, les indemnité journalières (IJ) versées se sont élevées à 24,7 milliards de francs correspondant à plus de 150 millions d'indemnités journalières pour un montant total des soins de ville de 214,5 milliards de francs.

En 1997 :

un peu moins d'1 assuré sur 3 s'est arrêté une fois,

près des 3/4 n'ont eu qu'un arrêt,

70% des assurés ont été arrêtés moins d'un mois,

les assurés arrêtés plus de 6 mois concentrent 53% des dépenses,

les arrêts les plus fréquents sont de 5 à 7 jours,

les arrêts de travail deviennent plus fréquents avec l'âge,

les femmes s'arrêtent plus souvent que les hommes.

Enquête nationale sur les IJ en 1994

Cette enquête porte sur 105 906 arrêts correspondant à 116 439 cartes lettres d'arrêt de travail, soit 1.872.687 IJ prescrites.

L'objectif consiste à estimer la justification médicale de ces arrêts de travail.

L'avis des médecins-conseils a été formulé après examen pour 46 189 malades, et sur pièces dans les autres cas.

Cette enquête a permis 4 constats principaux :

1. Le faible taux d'arrêt médicalement non motivé

Il est compris entre une valeur plancher de 1,6% et une valeur plafond de 6%. La première valeur correspond au taux de refus émis avant le terme de l'arrêt prévu par le médecin traitant ; la seconde aux situations où le médecin-conseil examine le malade au moins une semaine avant l'échéance fixée par le médecin traitant.

2. Le délai entre la prescription du médecin traitant et l'examen du patient par le médecin-conseil est en moyenne de 9,4 jours. Ce délai est composé d'un délai de dépôt dans la boîte aux lettres par l'assuré, d'un délai postal et d'un délai de convocation. Ces délais expliquent les difficultés rencontrées pour contrôler les arrêts de courte durée.

3. Pour les arrêts de plus de 2 semaines, les trois premiers motifs médicaux sont :
les états anxiodépressifs (11,8%),
les pathologies dorsolombaires (11,5%),
les fractures (8,5%).

4. La durée moyenne des arrêts de travail dus aux accidents de travail est de 48 jours.

5. L'étude suivante montre que le secteur libéral est à l'origine de 86,3% des prescriptions d'arrêt de travail.

Répartition des arrêts continus selon la spécialité du prescripteur

Spécialité	Effectif	%	Intervalle de confiance
Médecine générale	78 768	74,2 %	± 0,3
Chirurgie viscérale et orthopédique	9 828	9,3 %	± 0,2
Gynécologie - Obstétrique	4 540	4,3 %	± 0,1
Psychiatrie et neuropsychiatrie	2 809	2,7 %	± 0,1
Rhumatologie	1 441	1,4 %	± 0,1
Oto-rhino-laryngologie	905	0,9 %	± 0,1
Autres spécialités	4 841	4,6 %	± 0,1
Médecin hospitalier de qualification	2 774	2,6 %	
TOTAL	105 906	100,0 %	

Données des sociétés privées de contrôle de l'absentéisme

Il existe une dizaine d'entreprises privées de contrôle de l'absentéisme. Plusieurs milliers de médecins libéraux effectuent les visites de contrôle.

La société " Secrétariat d'entreprise " (ex Sécurex) publie les résultats suivants :

Les résultats en 1998 15 000 contrôles médicaux

Zones géographiques	Constats d'arrêt justifié pour raison médicale	Constats d'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées par la CPAM	Constats d'arrêt n'étant plus justifié pour raison médicale	Refus de contrôle ou d'examen	Absence problématique ou présence d'un code d'accès rendant impossible le contrôle	Constat d'arrêt plus médicalement * justifié en tenant compte uniquement des personnes présentes
Région parisienne	52,0 %	28,7 %	8,1 %	1 %	10,2 %	13,4 %
Province	62,4 %	24,7 %	9,7 %	1 %	2,2 %	13,5 %

(*) La dernière colonne, au libellé ambigu, correspond aux arrêts injustifiés selon l'organisme de contrôle.

Les différences de constatation sont explicables par le fait que dans l'enquête CNAMTS, les assurés ont été contrôlés tardivement et de manière non sélective alors que les contrôles des médecins Sécurex sont plus rapides et mieux ciblés.

II. DEONTOLOGIE DE LA PRESCRIPTION DE L'ARRET DE TRAVAIL

Un certain nombre d'articles du code de déontologie médicale peuvent être évoqués ici.

L'article 4 : " *Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tout médecin dans les conditions établies par la loi. Le secret couvre tout ce qui est venu à la connaissance du médecin dans l'exercice de sa profession, c'est-à-dire non seulement ce qui lui a été confié, mais aussi ce qu'il a vu, entendu ou compris* ".

Il en résulte que le médecin n'a pas à faire connaître, en particulier à l'employeur, le motif de l'arrêt qu'il prescrit.

La Section disciplinaire l'a rappelé dans une décision du 12 octobre 1995 et a précisé que peu importait à cet égard que le malade ait pu autoriser le médecin à lever le secret médical le concernant, ou encore que le médecin ait cru agir dans l'intérêt du patient.

L'article 25 précité de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, qui autorise la transmission des éléments d'ordre médical justifiant l'arrêt de travail au service médical des organismes de sécurité sociale, constitue une dérogation légale au secret professionnel.

Le Conseil Constitutionnel, dans sa décision n° 99.422 DC du 21 décembre 1999, n'a pas remis en cause cette transmission d'informations médicales au médecin-conseil, au nom de l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

Il a cependant apporté une réserve importante. Dans la mesure où ces informations relèvent de la vie privée, il convient de mettre en œuvre *“ des modalités d'acheminement de ces documents aux médecins-conseils de nature à assurer la stricte confidentialité de la transmission des informations qu'ils contiennent ”*.

L'article 8 du code de déontologie médicale : *“ Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles ”*.

Cette obligation déontologique a également une valeur législative, compte tenu des termes de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale précisant que les médecins sont tenus dans toutes leurs prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec l'efficacité du traitement.

Il faut rappeler ici que la prescription de l'arrêt de travail est un acte médical ouvrant droit, en application de l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale, aux indemnités journalières. *“ L'assurance maladie comporte ... 5^e : l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail ”*.

La Section des assurances sociales du Conseil national de l'Ordre des médecins a eu l'occasion de sanctionner, sur la base de ces dispositions, des prescriptions ou des prolongations d'arrêt de travail non justifiées médicalement.

Points de discussion :

1. L'article L.321-1 **évoque** une incapacité physique mais il n'a jamais été contesté que l'incapacité dont il s'agit pouvait être également d'ordre psychique. Il serait cependant utile, pour clarifier la situation, que les termes de l'article soit modifiés et évoque une incapacité médicalement justifiée.
2. La durée de l'arrêt de travail. La médecine n'est pas une science exacte et il peut être difficile de prédire la durée nécessaire d'un arrêt de travail. Certains représentants d'organisations syndicales ont d'ailleurs proposé de renvoyer cette question aux médecins des organismes de sécurité sociale en s'appuyant sur des exemples étrangers sans apporter plus de précisions.

Il y a lieu de rappeler que la prescription d'un arrêt de travail est un acte thérapeutique engageant pleinement la responsabilité du médecin prescripteur, y compris sur la durée envisagée.

Le médecin, ici comme dans d'autres domaines, doit assumer de lourdes responsabilités et devra s'appuyer sur les termes de l'article 32 du code de déontologie médicale, en fondant ses décisions sur les données acquises de la science et en faisant appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents.

3. Il ressort de la réglementation (arrêté du 12 janvier 1980 modifiant le règlement intérieur des caisses primaires d'assurance maladie) que les heures de sorties autorisées sont inscrites par le praticien sur la feuille de soins.

Elles doivent être comprises entre 10h et 12h le matin et entre 16h et 18h l'après-midi, sauf **justification médicale circonstanciée** du médecin traitant et sous réserve de l'appréciation du contrôle médical.

Il en résulte que contrairement aux prétentions de certains employeurs, le médecin peut prescrire un arrêt de travail avec des heures de sortie libres, même si aucun cadre n'a été réservé sur la feuille de soins à cet effet.

Le médecin doit, dans le cadre de sa liberté de prescription, apprécier l'intérêt de la personne malade au regard de ces sorties. Bien entendu, les sorties libres ne doivent pas soustraire la personne malade aux contrôles qui peuvent être effectués, et celle-ci devra se rendre à une éventuelle convocation du contrôle médical, ou encore être présente après l'avis de passage laissé par le médecin contrôleur.

4. L'article 8 évoque le devoir pour le médecin de limiter ses prescriptions sans négliger **son devoir d'assistance morale**.

Cette notion mérite d'être approfondie face à des salariés qui sans aucune pathologie ne souhaitent pas, pour des raisons autres que médicales, retourner au travail.

Que peut faire le médecin dans cette circonstance :

Expliquer au patient qu'il ne peut lui prescrire un arrêt de travail mais qu'il doit s'ouvrir des difficultés qu'il rencontre à d'autres personnes (organisation représentative du personnel, inspection du travail, ...).

Contacter le médecin du travail avec l'accord du patient.

5. **Article 28** du code de déontologie médicale : *“ La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ”.*

On ne peut trop insister sur le caractère anti-déontologique de pratiques consistant à antidater des arrêts de travail ou encore à prescrire des arrêts de travail sur simple demande, sans examen du patient et sans nécessité.

Un certain nombre de décisions de la Section disciplinaire ont condamné très sévèrement ce type de pratique.

On doit également rappeler que l'établissement d'un certificat faisant état de faits matériellement inexacts constitue un délit que les juridictions pénales peuvent sanctionner là aussi lourdement.

Il n'est pas non plus évident que le médecin établissant ce type de certificat rende service au patient, et on doit à cet égard citer un arrêt, qui n'est pas unique, de la Cour de Cassation en date du 17 juillet 1996, justifiant le licenciement sans préavis d'un salarié pour faute grave au motif de la production d'un certificat de complaisance destiné à le soustraire à ses obligations contractuelles en trompant la confiance de l'employeur.

Il ressort de la jurisprudence, qu'à défaut de circonstances exceptionnelles, le début de l'incapacité de travail justifiant l'attribution des indemnités journalières de l'assurance maladie ne peut être fixé à une date antérieure à sa constatation par le médecin traitant.

Ceci n'interdit pas au médecin traitant d'indiquer au service du contrôle médical, dans l'intérêt des patients, la date à laquelle il estime que le patient n'était plus en mesure de se rendre à son travail.

6. **Les articles 32 et 33** du code de déontologie médicale, exigeant du médecin qu'il assure des soins consciencieux, dévoués et fondés sur la science en faisant appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents.

7. **Article 50** du code de déontologie médicale : *“ 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, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou à un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables ”.*

L'intérêt de cet article dans le cadre de notre étude ne consiste pas tant à souligner que le médecin ne doit pas céder à une demande abusive, puisqu'une telle instruction recoupe les obligations déontologiques susmentionnées.

Il faut ici plutôt mettre l'accent sur l'obligation pour le médecin de faciliter l'obtention par le patient des avantages auxquels son état lui donne droit.

A cet égard, le médecin doit en toutes circonstances s'interroger, en dehors même d'une demande du patient, sur l'intérêt thérapeutique et la justification d'un arrêt de travail de la personne qu'il examine et ceci en dehors de toute autre considération, notamment les contrôles éventuels qui peuvent être diligentés par les services du contrôle médical de la sécurité sociale.

Il est certain qu'il est beaucoup plus facile pour les organismes d'assurance maladie de contrôler et de quantifier les arrêts de travail, leur coût et leur justification plutôt que de s'intéresser aux arrêts qui auraient dû être prescrits et ne l'ont pas été.

Arrêts de travail et médecins du travail

Avant tout, on signalera que les médecins du travail n'ont pas pour mission de contrôler le bien fondé de l'arrêt de travail.

Certains parmi eux nous ont alerté sur la situation des patients reprenant le travail après un examen médical, et qui manifestement auraient du bénéficier d'un arrêt de travail ou d'une prolongation d'arrêt de travail.

Ils ont fait part d'emblée de leur constat actuel : le problème n'est pas tant celui de l'absentéisme mais celui du présentéisme, en particulier du personnel intérimaire. En effet, si un intérimaire s'arrête pour maladie, il est immédiatement remplacé par un autre intérimaire et ne retrouvera pas son poste de travail à l'issue de son arrêt.

Le médecin contrôleur décide d'une reprise du travail s'il estime que le salarié a récupéré une capacité de travail... de n'importe quel travail.

Le médecin du travail juge, quant à lui, de l'adaptation de l'état de santé du salarié au poste de travail. Si l'adaptation n'est pas bonne, il doit négocier avec l'employeur l'adaptation du poste de travail.

Cette différence d'appréciation est à l'origine de nombreux problèmes sociaux.

Ils souhaitent que les médecins traitants et les médecins-conseils de la sécurité sociale prennent mieux en compte le poste de travail dans leurs décisions.

Les médecins du travail nous ont indiqué que la réglementation prévoyait pour les arrêts de travail de plus de 21 jours, une visite de reprise obligatoire à l'initiative de l'employeur... qui n'applique que rarement la réglementation.

Ils souhaitent que les médecins traitants informent leurs patients qu'ils doivent demander une visite de reprise à leur employeur. Cette visite permet l'adaptation du poste de travail à l'état de santé du salarié.

Ils souhaitent également qu'après une atteinte de santé dont on peut penser qu'elle mettra en cause l'adaptation au poste de travail (indépendamment de la durée de l'arrêt), le médecin traitant ou le salarié demande une visite de pré-reprise, c'est-à-dire avant la fin de l'arrêt. Cette visite permet en général d'éviter les conflits entre médecin traitant, médecin conseil et médecin du travail.

D'une manière générale, ils souhaitent être bien mieux informés des arrêts de travail des salariés, par une fiche récapitulative semestrielle ou annuelle par exemple, ou directement par une communication avec le médecin traitant.

Enfin, les médecins du travail sont inquiets de la sous-évaluation et de la sous-déclaration des maladies professionnelles ou des maladies à caractère professionnel.

Cette sous-estimation prive de nombreux salariés des avantages sociaux liés aux maladies professionnelles.

L'épidémiologie des maladies professionnelles est encore insuffisamment connue. Bien que cette question sorte du cadre de la présente étude, on peut suggérer que le problème des maladies professionnelles et leur réglementation fassent l'objet d'enseignements dans la formation médicale initiale et continue. A ce sujet, il paraît important d'établir des relations beaucoup plus fonctionnelles entre médecins traitants, médecins du travail et médecins-conseils.

III. DEONTOLOGIE DU CONTROLE DES ARRETS DE TRAVAIL

Licéité de la contre visite médicale patronale

La licéité de la contre visite médicale réalisée à l'instigation de l'employeur a fait l'objet de controverses et continue, encore aujourd'hui, à être contestée par certaines organisations syndicales. On doit se borner à constater que le Conseil Constitutionnel et la Cour de Cassation ont admis que la contre visite médicale prévue par la loi relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle était licite. La Cour de Cassation rappelle que ce contrôle est la contrepartie des indemnités complémentaires versées par l'employeur aux salariés absents pour cause de maladie.

On peut d'ailleurs souligner que la Section disciplinaire, lorsqu'elle a eu à juger du comportement des médecins contrôleurs, n'a jamais discuté la légalité du contrôle médical, mais s'est uniquement attachée au comportement déontologique du médecin contrôleur.

Il ressort également de la jurisprudence que le choix du médecin est laissé à la libre appréciation de l'employeur, sauf dans le cadre de la fonction publique où il doit, en principe, s'agir d'un médecin agréé. On relèvera également que le salarié ne peut exiger la présence de son médecin traitant à l'occasion du contrôle.

Le rôle de l'Ordre n'est pas ici purement disciplinaire mais également préventif, à l'occasion des contrats que les médecins contrôleurs concluent le plus souvent avec des sociétés spécialisées.

Dans ces contrats doivent être précisés la nature des missions du médecin, les articles du code de déontologie relatifs au contrôle médical et les moyens mis en œuvre pour assurer son respect notamment par la préservation du secret médical et de l'indépendance professionnelle. En aucun cas la durée du contrat, la rémunération du médecin et la fréquence du recours à celui-ci ne doivent dépendre des décisions qu'il a pu prendre.

Ces derniers points sont particulièrement difficiles à apprécier, notamment dans la mesure où la Cour de Cassation estime que les médecins contrôleurs ne sont pas des salariés des entreprises pour lesquelles ils agissent mais conservent la qualité de travailleurs indépendants.

Contrôle médical de la sécurité sociale

Sa licéité n'a, quant à elle, jamais été mise en cause et on peut rappeler qu'aujourd'hui, l'article L.315-1 du code de la sécurité sociale prévoit que 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. Parmi ces prestations figurent bien entendu les indemnités journalières.

Si le Service médical estime qu'une prestation n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré, en suspend le service.

Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L.141-1 du code de la sécurité sociale.

Comme nous l'avons vu, le service médical peut saisir la section des assurances sociales lorsqu'il estime la prescription d'arrêt de travail fautive au sens de l'article L.145-1 du code de la sécurité sociale.

Depuis la mise en application des Ordonnances Juppé, et en particulier l'Ordonnance n° 96-345 sur la maîtrise médicalisée et les dépenses de soins, le service médical peut également saisir un Comité médical régional qui se prononce sur la matérialité des faits reprochés au médecin et les sanctions financières susceptibles d'être prises à son égard si ses prescriptions (notamment l'infraction à la réglementation des arrêts de travail) étaient irrégulières.

Ces sanctions peuvent se révéler particulièrement lourdes pour les médecins.

Si, après un premier manquement, la sanction financière ne peut excéder un plafond global de 1/12^{ème} des honoraires effectivement perçus par le praticien dans le cadre de son activité conventionnelle, en cas de nouveau manquement commis dans un délai d'un an, la sanction représentera la totalité de la dépense effectivement supportée par la caisse d'assurance maladie, du fait dudit manquement. On peut facilement imaginer, compte tenu du montant des indemnités journalières, le caractère gravissime de cette sanction sans même avoir à entrer dans la controverse entourant la composition et le fonctionnement des comités médicaux régionaux.

Il appartient, en tout état de cause, aux médecins-conseils d'être particulièrement attentifs dans les actions qu'ils mènent dans ce cadre.

On peut également noter que les médecins-conseils de caisse d'assurance maladie ayant sous leur autorité les agents enquêteurs de la sécurité sociale, doivent veiller à ce que ces derniers ne sortent pas du rôle administratif qui leur a été dévolu par le code de la sécurité sociale et respectent la dignité des personnes qu'ils contrôlent.

Cette mise en garde ne vise en aucune manière à mettre en cause, de façon générale, les modalités des contrôles mais à pointer des difficultés locales.

L'exercice de la médecine de contrôle fait l'objet de cinq articles du code de déontologie médicale qui lui sont expressément consacrés.

Ces articles sont applicables aussi bien aux médecins-conseils des organismes de sécurité sociale, aux médecins chargés d'effectuer un contrôle à la demande d'un employeur dans le cadre de la loi du 10 janvier 1978 sur la mensualisation et aux médecins agréés dans le cadre du contrôle des arrêts de travail des agents publics.

Article 100 du code de déontologie médicale

“ Un médecin exerçant la médecine de contrôle ne peut être à la fois médecin de prévention ou, sauf urgence, médecin traitant d'une même personne.

“ Cette interdiction s'étend aux membres de la famille du malade vivant avec lui et, si le médecin exerce au sein d'une collectivité, aux membres de celle-ci ”.

Plusieurs remarques peuvent être faites sur cet article :

1. A propos de l'interdiction du cumul des fonctions entre médecin traitant et médecin contrôleur, le Conseil d'Etat a jugé qu'elle résultait du principe de l'indépendance professionnelle et morale des médecins, avait donc une portée législative et ne pouvait pas être méconnu par le pouvoir réglementaire.
2. A propos du cumul des fonctions entre médecin contrôleur et médecin de prévention, il y a lieu de constater que malgré les termes clairs et précis de l'article 100, certaines administrations ou encore certaines collectivités territoriales demandent à des médecins de prévention d'effectuer le contrôle des arrêts de travail.

Il appartient au Conseil départemental, si un tel cumul figure dans le contrat qui a été adressé, de demander à ce qu'il soit modifié.

3. L'interdiction du cumul des fonctions met en cause non seulement l'indépendance des médecins, mais aussi la confiance indispensable qui doit s'instaurer entre le médecin traitant ou le médecin de prévention et la personne qu'il traite.

Au-delà de l'incompatibilité prévue par l'article 101 du code de déontologie médicale, le médecin contrôleur devra spontanément se récuser chaque fois que des circonstances particulières, objectives ou subjectives, ne lui permettraient pas une totale impartialité.

Article 101 du code de déontologie médicale

“ Lorsqu'il est investi de sa mission, le médecin de contrôle doit se récuser s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances, à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code ”.

Cet article doit être médité par tous les médecins contrôleurs, quel que soit leur statut, car il n'apparaît pas certain que face à certaines situations ou à certaines pathologies, le médecin contrôleur soit toujours bien compétent pour contester l'arrêt de travail délivré par le médecin traitant.

Cet article a également le mérite de rappeler que le médecin contrôleur exerce une activité médicale soumise aux mêmes contraintes que toute autre activité.

On peut y voir le pendant pour la médecine de contrôle de l'article 70 du code de déontologie médicale interdisant à un médecin d'entreprendre ou poursuivre des soins, ni formuler des prescriptions dans des domaines qui dépassent ses connaissances, son expérience et les moyens dont il dispose.

Il convient ici de se pencher une réflexion sur le rôle exact du médecin contrôleur des arrêts de travail.

1. Le médecin contrôleur a-t-il à vérifier les heures de sorties autorisées et à indiquer que le salarié est absent de son domicile ?

Il semble que beaucoup de sociétés spécialisées dans le contrôle médical se fassent une telle idée des fonctions du médecin contrôleur.

Or, un tel rôle n'a aucun caractère médical même si des conventions collectives ont pu le mentionner, et sort de la compétence du médecin. Il incombe aux agents visiteurs de la sécurité sociale voire à des huissiers de justice, d'y procéder.

Afin de ne pas contrevenir à la déontologie médicale, le médecin doit uniquement indiquer les circonstances qui ont rendu impossible l'examen de l'assuré et la vérification de la justification de l'arrêt de travail. S'il n'a pu pénétrer au domicile, il ne peut pour autant certifier l'absence de la personne qu'il devait contrôler.

2. Le médecin contrôleur peut-il vérifier la justification de l'arrêt de travail ?

Oui, c'est l'essentiel de sa mission. Le cas échéant, il peut demander au patient à consulter les éléments médicaux se rattachant à l'arrêt de travail, en lui précisant bien que cette communication est facultative.

3. Le médecin contrôleur face à l'appréciation de la durée de l'arrêt de travail

Le médecin contrôleur peut-il décider que l'arrêt de travail justifié au jour de l'examen ne le serait pas à compter d'une date ultérieure comprise ou non à l'intérieur de la période prescrite par le médecin traitant.

Une telle prédiction apparaît contraire aux termes mêmes de l'article 101 du code de déontologie médicale.

On peut en outre relever les termes d'un récent arrêt de la Cour de Cassation en date du 28 janvier 1998, jugeant que l'avis du médecin contrôleur n'est valable qu'à la date où il est émis et ne peut disposer pour l'avenir.

Sur tous ces points, il apparaît que les missions confiées par les sociétés spécialisées aux médecins contrôleurs vont souvent au-delà des limites fixées par la déontologie et la jurisprudence.

Article 102 du code de déontologie médicale

“ Le médecin de contrôle doit informer la personne qu'il va examiner de sa mission et du cadre juridique où elle s'exerce et s'y limiter.

“ Il doit être circonspect dans ses propos et s'interdire toute révélation ou commentaire.

“ Il doit être parfaitement objectif dans ses conclusions ”.

Il apparaît que cet article n'est pas toujours respecté et la Cour de Cassation a dû rappeler que le contrôle médical patronal n'était pas valable, faute pour le médecin d'avoir décliné sa qualité de docteur en médecine et de mandataire de l'employeur (Cour de Cassation, Chambre sociale du 11 décembre 1986).

La Section disciplinaire a été amenée à condamner un médecin contrôleur en raison de contrôles brutaux, sommaires et péremptoires.

Le médecin contrôleur devra rappeler au patient les dispositions légales autorisant le contrôle, l'identité du demandeur et la portée du contrôle (par exemple, le contrôle effectué pour le compte de l'employeur a pour seul effet d'interrompre le versement des indemnités complémentaires versées par l'employeur, mais n'a pour objet ni de faire cesser les indemnités journalières de sécurité sociale, ni d'obliger le patient à reprendre le travail).

Ne peut-on pas, enfin, se demander si le fait de se présenter sans prévenir au domicile d'un patient correspond bien à l'image que doit donner un médecin. Bien que la Cour de Cassation n'ait pas émis de réserve à la visite inopinée du médecin contrôleur, il apparaît souhaitable, d'un point de vue déontologique, que le médecin contrôleur prévienne la personne contrôlée et fixe avec elle la date et l'heure du contrôle.

Article 103 du code de déontologie médicale

“ Sauf dispositions contraires prévues par la loi, 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 difficultés à ce sujet, il peut en faire part au conseil départemental de l'Ordre ”.

Cet article n'est pas toujours respecté et entretient un contentieux non négligeable notamment entre les médecins traitants et les médecins contrôleurs patronaux.

Il convient de s'interroger, ici, sur les modalités de communication entre médecins contrôleurs et médecins traitants.

En particulier, si le médecin contrôleur se propose de signifier à la personne qui l'a mandaté des conclusions contraires à la prescription du médecin traitant, il apparaît conforme à la déontologie médicale qu'il contacte au préalable le médecin traitant. Un tel contact peut d'ailleurs lui permettre de mieux apprécier la situation médicale de la personne contrôlée.

En tout état de cause, il faut bien comprendre que le contrôle exercé dans le cadre de la loi sur la mensualisation ne crée pas une hiérarchie entre la prescription du médecin traitant et l'avis du médecin contrôleur, mais a simplement pour objet, si le médecin contrôleur conclut à la reprise, d'entraîner la suspension du droit aux indemnités complémentaires que l'employeur est tenu, en application d'un accord collectif, de verser au salarié.

Là encore, la jurisprudence a bien indiqué qu'en aucun cas le salarié ne commet une faute en respectant la prescription initiale du médecin traitant, et en ne reprenant pas le travail à la suite de la visite du médecin contrôleur.

Ce contrôle ne se substitue en aucune manière à la prescription du médecin traitant et la jurisprudence a indiqué, à plusieurs reprises, que postérieurement au contrôle médical de l'arrêt de travail, une prolongation d'arrêt de travail prescrite à un salarié par son médecin traitant, rétablit celui-ci dans son droit aux indemnités complémentaires de maladie. Il

incombe dans ces circonstances à l'employeur, s'il conteste cette nouvelle prescription, de procéder à un nouveau contrôle médical.

Comme on peut le constater, le contrôle médical patronal est un exercice délicat, et il est hautement souhaitable qu'il soit confié à des médecins bénéficiant d'une expérience certaine de la profession médicale.

Article 104 du code de déontologie médicale.

“ Le médecin chargé du contrôle est tenu au secret envers l'administration ou l'organisme qui 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 ”.

Cet article revêt une importance particulière compte tenu des pressions qui peuvent être exercées sur le médecin mandaté par l'employeur pour effectuer son contrôle, ou encore en raison des demandes qui pourraient venir des organes administratifs des caisses d'assurance maladie.

On peut, à ce sujet, noter que le Conseil constitutionnel, dans sa décision précitée du 21 décembre 1999, n'a admis la possibilité pour le médecin-conseil de la sécurité sociale d'avoir connaissance des éléments médicaux de l'arrêt de travail qu'après avoir rappelé qu'en application de l'article 104 du code de déontologie médicale, ces médecins étaient tenus de respecter la plus stricte confidentialité, y compris envers les organismes qui font appel à leurs services.

On notera aussi que l'obligation déontologique se double, ici, d'une interdiction pénale de violer le secret professionnel. C'est ainsi qu'un médecin a été récemment condamné par un tribunal correctionnel pour avoir fait connaître à l'employeur qui l'avait mandaté les affections dont souffraient les personnes contrôlées et les traitements suivis.

Une telle attitude caractérise, en effet, le délit de violation au secret professionnel.

Recommandations à l'usage des médecins effectuant, à la demande d'un employeur ou d'une société mandatée par l'employeur, un contrôle de l'arrêt de travail dans le cadre de la loi sur la mensualisation

- 1 - Le médecin contrôleur doit exiger un contrat de l'employeur ou de la société mandataire et le communiquer au conseil départemental en application des articles L.462 du code de la santé publique et 83 du code de déontologie médicale.
- 2 - Ce contrat doit préciser la nature des missions du médecin, rappeler les articles du code de déontologie médicale relatifs au contrôle médical et préciser les moyens mis en œuvre pour assurer le respect de la déontologie médicale.
- 3 - Le contrat doit limiter la mission du médecin contrôleur à la seule appréciation de justification médicale de l'arrêt de travail au jour du contrôle.
- 4 - Il n'entre pas dans les missions du médecin contrôleur de se prononcer sur l'absence du patient lors d'un contrôle, mais uniquement de consigner les circonstances qui ne l'ont pas rendu possible.
- 5 - En cas de conclusions contraires à celles du médecin qui a prescrit l'arrêt, le médecin contrôleur doit entrer en contact avec le médecin traitant, de préférence avant la communication des conclusions au patient.
- 6 - Le médecin contrôleur doit également signaler au patient que ses conclusions, si elles sont contraires à celles du médecin prescripteur de l'arrêt de travail, permettent à l'employeur de suspendre le versement des indemnités complémentaires, mais sont sans effet sur le versement des indemnités journalières, et laissent au patient la possibilité de s'en tenir aux prescriptions du médecin traitant sans commettre une faute vis-à-vis de son employeur.

6 bis - Le médecin contrôleur doit cependant informer le patient, lorsque le contrôle conclut à l'absence de justification de l'arrêt de travail, qu'il doit transmettre son avis au service du contrôle médical de la Caisse qui, s'il conclut également, au vu de cet avis, à l'absence de justification de l'arrêt de travail, pourra suspendre le versement des indemnités journalières. *(MAJ d'octobre 2005)*
- 7 - Le médecin contrôleur doit se borner à faire état de ses conclusions administratives à l'organisme qui l'a mandaté.
- 8 - La durée du contrat et la rémunération du médecin contrôleur doivent être sans rapport avec le sens de ses conclusions.
- 9 - Le médecin contrôleur ne devrait pas accepter une mission de contrôle s'il n'a pas une expérience certaine de la profession médicale.
- 10 - Le médecin contrôleur devra se récuser chaque fois qu'il estimera, en raison de circonstances particulières, que ses conclusions peuvent être suspectées de partialité.