

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

# FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

**Thèse**

**pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

**Camille REROLLE**  
**né le 9 décembre 1983 à Dijon**

Présentée et soutenue publiquement le 29 Octobre 2012

## **TITRE**

**Rôle du médecin généraliste dans l'expertise de Sécurité Sociale  
selon l'article L.141-1 du code de Sécurité Sociale,  
et caractéristiques de la population concernée -  
Etude de 103 dossiers de la Sécurité Sociale d'Indre et Loire.**

## **Jury**

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN, Doyen de la faculté de Médecine  
**Membres du jury :** Monsieur le Professeur Pierre François DEQUIN  
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH  
**Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN**  
Monsieur le Docteur Jean François GOMEZ

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Dominique PERROTIN**

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

*ASSESEURS*

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

*SECRETAIRE GENERALE*

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J.  
BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L.  
CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J.  
LANSAC

J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER -  
E/H. METMAN  
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph.  
RAYNAUD  
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J.  
THARANNE  
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion

	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
Mme	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
MM.	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

## **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	HUAS Dominique	Médecine Générale
	LEBEAU Jean-Pierre	Médecine Générale
	MALLET Donatien	Soins palliatifs
	POTIER Alain	Médecine Générale

### MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ARBEILLE Brigitte	Biologie cellulaire
M.	BARON Christophe	Immunologie
Mme	BAULIEU Françoise	Biophysique et Médecine nucléaire
M.	BERTRAND Philippe	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
M	BOISSINOT Eric	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	CORTESE Samuele	Pédopsychiatrie
Mmes	DUFOUR Diane	Biophysique et Médecine nucléaire
	EDER Véronique	Biophysique et Médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
	GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière
M.	GIRAUDEAU Bruno	Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication
Mme	GOUILLEUX Valérie	Immunologie
MM.	GUERIF Fabrice	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
	GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
M.	HOARAU Cyrille	Immunologie
M.	HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

### MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

### **CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM**

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM

	CHALON Sylvie	930 Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### **CHARGES D'ENSEIGNEMENT**

#### ***Pour l'Ecole d'Orthophonie***

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

#### ***Pour l'Ecole d'Orthoptie***

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

#### ***Pour l'Ethique Médicale***

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

**A Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN**

Vous me faites un grand honneur en acceptant de présider le jury de ma thèse.

Je vous remercie du soutien que vous m'avez apporté ces dernières années.

Soyez assuré de mes plus vifs remerciements et de mon profond respect.

**A Monsieur le Professeur Pierre-François DEQUIN**

Je suis très honoré de votre présence dans ce jury.

Je vous remercie du soutien que vous m'avez apporté dans les différentes étapes de mon internat.

Veillez accepter mon profond respect et mes sincères remerciements.

**Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH**

Je suis très honoré de votre présence dans ce jury de thèse.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

**Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN**

Tu m'as fait l'honneur de diriger cette thèse.

Je te remercie de m'avoir guidé dans ce travail, et de la patience dont tu peux faire preuve avec moi.

J'ai pu apprécier l'enthousiasme avec lequel tu m'as transmis l'envie de devenir médecin légiste.

Sois assuré de ma sincère reconnaissance.

**Monsieur le Docteur Jean-François GOMEZ**

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Votre expertise de médecin-conseil m'a permis d'aborder ce sujet sous tous ces angles.

Soyez assuré de mon profond respect et veuillez accepter mes sincères remerciements.

Aux médecins légistes qui ont jalonné mon parcours,

Un remerciement particulier à Monsieur le Professeur Norbert TELMON et Monsieur le Docteur Fabrice DEDOUIT qui m'ont accueilli à Toulouse plusieurs fois ces dernières années, pour leurs conseils et la passion de l'anthropologie que vous m'avez transmise,

A tous les médecins qui m'ont accompagné ces dernières années,

A tous les co-internes dont j'ai croisé la route,

Une pensée particulière aux internes de l'internat de Ranguel été 2012,

A Sarah, merci pour tous ces moments passés à tes côtés et pour tous ceux à venir,

A mes parents, pour votre patience, votre soutien et tout ce vous avez fait pour que je devienne ce que je suis,

A ma sœur, Charlotte, et à mon frère, Antoine, avec qui j'ai mes meilleurs souvenirs de ces années d'étudiant,

A mon grand père, Paul, qui m'a transmis sa curiosité scientifique,

A mes autres grands parents, Noël, Françoise et Jehan,

A tout mes amis de Chinon, de Tours et d'ailleurs,

A Thomas, Thomas, Jérémie et Mathieu, pour votre amitié.

## **Abréviations :**

**ACM** : Analyses des Correspondances Multiples.

**ALD** : Affection de longue durée.

**ARS** : Agence Régionale de Santé.

**AT** : Accident de travail.

**CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

**CPAM** : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

**CSS** : Code de la Sécurité Sociale.

**Dim** : Dimension.

**ETM** : Exonération du ticket modérateur.

**IJ** : Indemnités journalières.

**MSA** : Mutuelle Sociale Agricole.

**PCS** : Professions et Catégories Socio-professionnelles.

**RM** : Risque maladie.

**RP** : Risque physique.

**TMS** : Troubles musculo-squelettiques.

# Table des matières

<b>RAPPEL JURIDIQUE</b> .....	- 2 -
<b>I- INTRODUCTION</b> .....	- 6 -
<b>II- MATERIEL ET METHODES</b> .....	- 8 -
<b>A- DONNEES CONCERNANT LE PRATICIEN DESIGNE</b> .....	- 8 -
<b>B- DONNEES CONCERNANT L'ASSURE</b> .....	- 9 -
<b>C- EXPLOITATION STATISTIQUE</b> .....	- 11 -
<b>III- RESULTATS</b> .....	- 12 -
<b>A- STATISTIQUES DESCRIPTIVES</b> .....	- 12 -
1- <i>Praticien désigné</i> .....	- 12 -
a- <i>Concordance entre le praticien désigné et le médecin référent</i> .....	- 12 -
b- <i>Désignation de l'expert</i> .....	- 13 -
c- <i>Présence de l'avis du praticien désigné et/ou d'une lettre</i> .....	- 13 -
d- <i>Fourniture des pièces par le praticien désigné</i> .....	- 14 -
e- <i>Présence du praticien désigné à l'expertise</i> .....	- 14 -
f- <i>Conclusions de l'expertise</i> .....	- 14 -
2- <i>L'assuré</i> .....	- 16 -
a- <i>Caractéristiques épidémiologiques générales</i> .....	- 16 -
b- <i>Risque social</i> .....	- 16 -
c- <i>Motifs de refus du médecin-conseil</i> .....	- 17 -
d- <i>Activité professionnelle</i> .....	- 17 -
e- <i>Pathologies concernées</i> .....	- 19 -
<b>B- ANALYSE DES CORRESPONDANCES MULTIPLES</b> .....	- 20 -
<b>IV- DISCUSSION</b> .....	- 27 -
<b>A- ROLE DU PRATICIEN DESIGNE</b> .....	- 27 -
<b>B- ÉTUDE DE LA POPULATION DES ASSURES</b> .....	- 29 -
<b>C- PERSPECTIVES</b> .....	- 32 -
<b>V- CONCLUSION</b> .....	- 35 -
<b>VI- BIBLIOGRAPHIE</b> .....	- 36 -

## Rappel juridique

La Sécurité Sociale étant une administration, tout litige entre celle-ci et un assuré (ou patient) est soumis au respect des règles de droit administratif. A ce titre le règlement des litiges est défini dans le Code de Sécurité Sociale (CSS). Il existe plusieurs types de litiges ou contentieux entre la Sécurité Sociale et un assuré. Une contestation d'ordre médical est réglée par la branche du contentieux de l'expertise médicale technique, à ne pas confondre avec le contentieux technique [1,2]. Ces contestations d'ordre médical sont liées à l'existence d'un système de contrôle mis en place pour limiter les abus en terme de Sécurité Sociale. Ce contrôle médical est exercé par les praticiens-conseils du service médical de la Sécurité Sociale [3]. Les praticiens-conseils émettent des avis favorables ou non à l'attribution des prestations de l'assurance maladie concernant la maternité, l'incapacité, le risque accident du travail/maladie professionnelle (AT MP) et la prise en charge thérapeutique des assurés. Lorsqu'il est défavorable, l'avis peut avoir pour fondement un désaccord sur l'état de santé de l'assuré, la nature de la pathologie et/ou la prise en charge thérapeutique [1]. Le droit administratif prévoit un recours possible de ce refus pour l'assuré : l'expertise en matière de Sécurité Sociale selon l'article L. 141-1 du CSS [4].

Après avoir pris connaissance de la décision, l'assuré a un mois pour faire une demande de recours en expertise. Ce délai court à partir de la réception de la notification de refus de la caisse en risque maladie. En risque AT MP, la demande d'expertise doit être présentée dans un délai de deux ans à compter du jour de l'accident, de la clôture de l'enquête administrative, ou de la cessation de paiement des indemnités journalières [1,5]. Les possibilités de recours sont expliquées dans cette notification ainsi que les délais à respecter et les règles de rédaction de cette demande. L'assuré doit adresser cette demande de recours par lettre recommandée avec accusé de réception au médecin chef du service médical de sa caisse. Elle doit impérativement comporter deux éléments [1,6] :

- le motif de contestation de la décision du médecin-conseil. Il doit être formulé le plus précisément possible, afin de définir exactement l'objet du litige. L'assuré peut se faire aider par son médecin généraliste, ou tout autre médecin s'il le juge nécessaire,

- le nom et l'adresse du praticien désigné. Ce terme est utilisé afin d'éviter toute confusion entre le médecin traitant tel qu'il est défini depuis 2004 (c'est-à-dire le médecin référent) et le praticien qui est concerné par la procédure car il ne s'agit pas forcément du

même [7]. Le terme de praticien désigné est utilisé pour définir le professionnel de santé concerné par la procédure.

La réception de cette demande par la caisse marque le début de la procédure au sens juridique du terme. Elle doit être respectée sous peine de nullité, particulièrement en cas de non respect des droits de l'assuré. Par exemple, tous les courriers doivent être envoyés par recommandé avec accusé de réception, pour prouver le respect des délais. Le médecin-conseil a trois jours pour joindre le praticien désigné afin qu'ils désignent ensemble un expert. Le médecin-conseil soumet trois noms d'expert et le praticien désigné doit en indiquer deux. Le premier est généralement nommé. Le second est choisi en cas de carence du premier. Les deux parties se mettent d'accord sur l'expert [8]. En cas de non réponse du praticien désigné après un délai d'un mois et après relance, le directeur de l'Agence Régionale de Santé (ARS) se substitue au praticien désigné. Il désigne un expert inscrit sous la rubrique « *Experts Spécialisés en matière de Sécurité Sociale* » sur les listes des experts judiciaires près la Cour d'Appel [9]. L'assuré prend aussi part au choix de l'expert, il peut demander la récusation de celui-ci. Les motifs de récusation sont définis dans le code de procédure civile. Ce droit de l'assuré s'inscrit dans le respect du droit de la défense, grand principe du droit français [8,10–12]. Une fois l'expert désigné, le médecin-conseil rédige le protocole d'expertise qui comporte obligatoirement [13] :

- le motif du litige et de la contestation de l'assuré,
- les avis du praticien-conseil et du praticien désigné,
- la mission et l'énoncé précis des questions posées à l'expert,
- toutes les pièces jugées nécessaires pour le travail de l'expert.

Le contenu de ce protocole permet le respect d'une autre règle du droit administratif : le respect du contradictoire. Cela signifie que chacune des parties a été mise en mesure de discuter l'énoncé des faits et les moyens juridiques que ses adversaires lui ont opposés [14]. Ce protocole est ensuite transmis à l'expert, qui convoque toutes les parties (y compris le praticien désigné) pour l'expertise, afin de garantir le contradictoire [15]. L'expertise est ensuite réalisée en présence des parties ayant répondu positivement, seule la présence de l'assuré étant obligatoire [16]. Après l'expertise, l'expert doit envoyer dans les 48 heures ses conclusions motivées. Ce sont des réponses claires et concises aux questions posées (souvent

par oui ou non). Il a ensuite un mois pour rendre son rapport définitif au service médical de la Sécurité Sociale. Ce service l'enverra aux différentes parties, ce qui clôturera la procédure de premier recours. Un second recours devant le tribunal des affaires de Sécurité Sociale est possible en cas de nouvelle contestation. Le déroulement de la procédure d'expertise de Sécurité Sociale selon l'article L. 141-1 du CSS est rappelé figure 1.

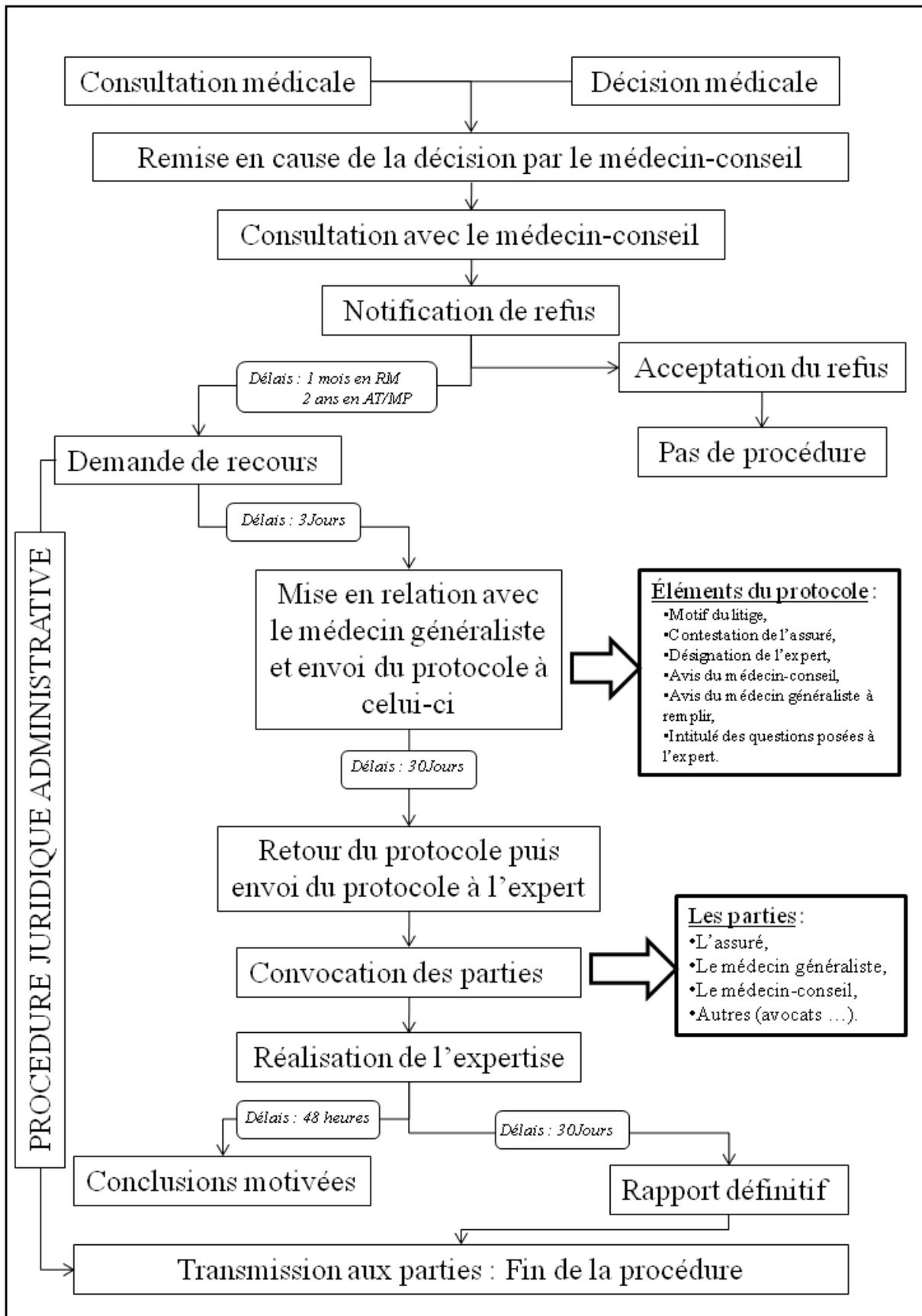


Figure 1: Déroulement de la procédure d'expertise de Sécurité Sociale, de la décision initiale, à la fin de la procédure avec les délais imposés ainsi que la constitution du protocole et les parties concernées. AT MP : accident de travail / maladie professionnelle; RM : risque maladie.

# I- Introduction

Le contrôle médical est un des services de la Sécurité Sociale qui a pour but de limiter les abus médicaux en matière de Sécurité Sociale [1]. Les médecins-conseils exercent ce contrôle tel qu'il est défini dans la loi. Ils émettent des avis sur des situations où l'assuré abuse potentiellement de la Sécurité Sociale [3]. La relation entre un assuré et la Sécurité Sociale est une relation entre une personne privée et une administration, représentée par le médecin-conseil. La contestation de cet avis relève donc du droit administratif [17]. L'assuré peut contester cette décision, s'il estime que l'avis lui est défavorable. Le premier recours administratif, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir la reconnaissance d'un droit administratif méconnu, est l'expertise médicale en matière de Sécurité Sociale selon l'article L. 141-1 du Code de Sécurité Sociale (CSS) [4].

La relation entre un médecin traitant et son patient est un contrat médical au sens juridique du terme. C'est l'aboutissement de ce contrat qui est remis en cause par le médecin-conseil. Le droit français définit plusieurs caractéristiques à ce contrat médical : il est civil (par opposition à commercial), *intuitu personae* (les parties doivent remplir personnellement leurs obligations), oral et synallagmatique [18]. Cette dernière caractéristique signifie que chacun des contractants a des obligations. Le patient doit rétribuer le médecin de son service et accepter d'appliquer les prescriptions. Le médecin a une obligation de soins et d'information. Le médecin, en tant que partie de ce contrat, joue un rôle dans la décision aboutissant à l'avis défavorable du médecin-conseil.

Le médecin traitant est donc impliqué dans la procédure d'expertise médicale de Sécurité Sociale. Cette procédure et son déroulement sont clairement définis dans les articles L.141-1 à 3 et R. 141-1 à 6 du CSS [4,6,8,13,16,19-22]. En tant que procédure administrative, elle se doit de respecter les grands principes du droit administratif, notamment le contradictoire. Cette notion, pilier du droit français, est définie par le fait que chacune des parties a été mise en mesure de discuter l'énoncé des faits et les moyens juridiques que ses adversaires lui ont opposés [14,23]. En d'autres termes, toute personne prenant part à la procédure doit être au courant de toutes les pièces constitutives du dossier quelle que soit la personne ayant fourni cette pièce. La preuve qu'une pièce a été ajoutée et transmise aux parties doit être présente. Au titre de l'application de ce principe l'avis du médecin traitant a autant d'importance que l'avis du médecin-conseil ou que les motifs de contestation du patient.

La procédure d'expertise débute à la réception de la contestation de l'avis du médecin-conseil rédigée par l'assuré, parfois aidé par son médecin traitant. Le médecin traitant impliqué dans la procédure est alors nommé praticien désigné pour le différencier du médecin référent [7]. Le praticien désigné va alors être impliqué à divers moments de la procédure, ceci toujours dans le but de respecter le principe du contradictoire. Une fois qu'il a été désigné par l'assuré, il est en relation avec le médecin-conseil afin de :

- désigner l'expert dans le respect du droit de la défense et en accord avec le médecin-conseil,
- donner son avis sur la situation de l'assuré,
- transmettre tout élément qu'il jugera nécessaire afin d'avoir un dossier le plus complet possible (une lettre explicative, des éléments du dossier médical),
- participer à l'expertise s'il le souhaite.

Si le praticien a un rôle central dans cette procédure, cette implication n'a jamais réellement été évaluée. Chaque année, plus de 50 000 expertises médicales sont effectuées en France dans ce cadre [12]. La littérature indique que les principaux enjeux concernent le risque accident de travail/maladie professionnelle (AT MP), pôle de dépense important de la Sécurité Sociale [24]. En effet les avantages conférés par le régime du risque AT MP (notamment la prise en charge quasi-complète du coût des soins) entraînent une démarche procédurale de reconnaissance plus importante qu'en risque maladie. Il existe donc un enjeu de santé publique autour de cette procédure [25]. Même si les dépenses du risque AT MP sont bien moins importantes que celle du risque maladie, nous avons ici une piste d'action sur celles-ci. L'étude de la population concernée par cette procédure pourrait permettre de cibler des situations à risque. Une étude épidémiologique de la population concernée pourrait permettre de définir les caractéristiques de la population à risque.

L'objectif principal de ce travail a été d'étudier l'implication des médecins généralistes dans les procédures concernant leur patient, notamment en observant leur respect du principe du contradictoire. L'objectif secondaire était l'étude des caractéristiques épidémiologiques de la population concernée par cette procédure.

## **II- Matériel et méthodes**

Cette étude rétrospective descriptive a porté sur les dossiers d'expertises de Sécurité Sociale effectuées entre juin 2011 et mars 2012 au service médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) d'Indre et Loire, localisé à Tours. Le Service Médical de la Sécurité Sociale a été choisi comme lieu de recueil de données car c'est le seul endroit où l'intégralité des dossiers d'expertise est centralisée. Les dossiers en cours de traitement ont été exclus, ainsi que ceux dans lesquels le praticien désigné n'était pas un médecin généraliste. Pour chaque dossier, les données suivantes ont été recueillies :

### **A- Données concernant le praticien désigné**

- La concordance entre le praticien désigné et le médecin référent.
- Le mode de désignation de l'expert : par le praticien désigné ou par le directeur de l'ARS. Le fait que le praticien ait désigné l'expert signifie que le protocole d'expertise a été renvoyé dans le temps imparti de trente jours.
- La présence ou non de l'avis du praticien désigné dans le protocole d'expertise.
- La présence ou non d'une lettre explicative pour l'expert, rédigée par le praticien désigné.
- La présence ou non d'autres pièces médicales transmises à l'expert par le praticien désigné. Cependant, afin de rendre cette information plus pertinente, nous avons également observé en même temps l'apport de pièces par l'assuré.
- La présence ou non du praticien désigné à l'expertise.
- La nature des conclusions de l'expertise, soit en accord avec la décision du médecin conseil, soit en accord avec le couple praticien désigné/assuré.

## **B- Données concernant l'assuré**

- Les caractéristiques épidémiologiques générales suivantes : le sexe, l'âge (trois catégories définies arbitrairement : moins de 30 ans, entre 30 et 50 ans et plus de 50 ans).

- Le risque social concerné : risque maladie, risque accident de travail ou risque maladie professionnelle.

- Le motif de refus du médecin-conseil : ces motifs ont été classés en catégories bien définies par la Sécurité Sociale [1] :

- accident de travail : notification de consolidation ou de guérison,
- maladie professionnelle : notification de consolidation ou de guérison,
- rechute d'AT MP : notification de consolidation ou de guérison,
- notification de refus d'exonération du ticket modérateur,
- notification de refus de versement d'indemnités journalières,
- notification de reprise de travail sans consolidation,
- autres types de refus.

- La profession selon les Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS) définies par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) [26]. Nous avons choisi la classification des PCS de niveau 1 distinguant les huit catégories suivantes :

- PCS 1 : Agriculteurs exploitants,
- PCS 2 : Artisans, commerçants et chefs d'entreprise,
- PCS 3 : Cadres et professions intellectuelles supérieures,
- PCS 4 : Professions intermédiaires,
- PCS 5 : Employés,
- PCS 6 : Ouvriers,
- PCS 7 : Retraités,
- PCS 8 : Autres personnes sans activité.

Ces catégories ne tiennent pas compte directement de la pénibilité physique au travail, or il s'agit d'un facteur souvent en cause dans les pathologies professionnelles. Les sociétés savantes de médecine du travail ont clairement défini les contraintes

physiques au travail, notamment lors d'une étude prospective sur les risques professionnels, répétée en 1994, 2003 et 2010 [27–29]. Nous avons choisi deux critères clairement reconnus et facilement évaluables à l'aide seulement de la PCS :

- Manutention manuelle de charge plus de 20 heures par semaine [29],
- Gestes répétitifs plus de 10 heures par semaine [29,30].

En tenant compte de ces deux paramètres, nous avons classé les professions en profession à risque physique faible et profession à risque physique important.

- La pathologie en cause dans la procédure en utilisant la classification CIM-10 [31]. Nous avons d'abord choisi le premier niveau de classification qui permet de voir quel appareil est concerné (appareil respiratoire, digestif, etc.). Les premiers résultats montraient une surreprésentation de la catégorie ostéo-articulaire. Nous avons donc cherché une classification plus adaptée. Nous avons choisi de fusionner les pathologies sous-représentées. Les pathologies ostéo-articulaires retrouvées correspondaient à des pathologies d'hypersollicitation tel que définies en médecine du travail [32,33]. Nous avons clivé la catégorie appareil ostéo-articulaire en trois sous-catégories correspondant aux pathologies d'hypersollicitation [33] :

- les troubles musculo-squelettiques (TMS) du membre supérieur,
- les TMS des membres inférieurs,
- les TMS rachidiens.

Les TMS sont des pathologies principalement ostéo-articulaires, musculaires et nerveuses. Elles résultent de contraintes biomécaniques répétées. Elles sont la conséquence d'un mauvais équilibre entre les gestes nécessaires à la réalisation d'une tâche au cours d'un travail, et les capacités fonctionnelles de l'opérateur [32,34].

Deux autres composantes n'étaient pas mises en avant par cette classification : le caractère chronique ou non de la pathologie et son caractère dégénératif ou non. Nous les avons indiqués car ces deux facteurs sont fréquemment retrouvés dans les études épidémiologiques de médecine du travail [27–29,35].

## C- Exploitation statistique

Nous avons fait une exploitation statistique descriptive à l'aide du logiciel Excel<sup>®</sup> et un travail analytique grâce au logiciel R<sup>®</sup> 2.15 [36].

Nous avons fait une analyse descriptive des données concernant le praticien désigné dans un premier temps. Nous avons également vérifié si les variables, « présence de l'avis du praticien désigné » et « conclusion en accord avec celui-ci », étaient indépendantes à l'aide d'un test du  $\chi^2$ .

Nous avons essayé d'identifier un profil type de patient concerné par cette procédure à l'aide de statistique descriptive et d'analyse multivariée. L'analyse multivariée a consisté en une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) à l'aide d'un package du logiciel R<sup>®</sup> nommé FactoMineR [37]. Cet outil statistique permet d'observer la proximité d'un grand nombre de variables catégorielles ou nominales dans une population relativement importante. Dans cette population, la variabilité totale est exprimée par la somme de dimensions (Dim). Ces dimensions dépendent du nombre de variables. Chaque variable exprime une partie de la variabilité totale. Ces dimensions sont utilisées pour tracer des graphiques visualisant les variables. Sur chaque dimension une valeur numérique est attribuée à chaque variable, en fonction de la proximité avec les autres variables. Cela permet de visualiser graphiquement le lien des variables au sein de la population [38]. L'ACM ne permet pas de quantifier ces liens. Ainsi, nous avons effectué une ACM sur les données suivantes : l'âge, le sexe, le risque physique de la profession, la pathologie mise en cause, son caractère dégénératif ou non et son caractère chronique ou non.

### III- Résultats

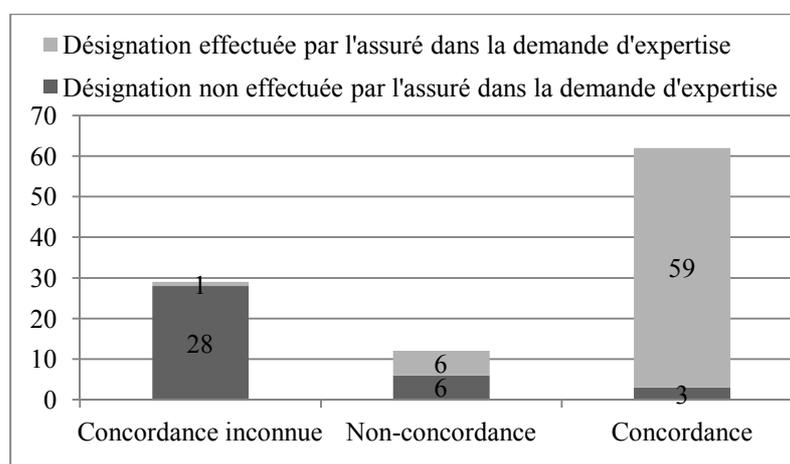
Nous avons obtenu 119 dossiers sur la période du premier juin 2011 au 31 mars 2012. Seuls 104 dossiers étaient accessibles. Le reste des dossiers était indisponible car en cours de traitement pour d'autres motifs (par exemple : demande de reconnaissance en maladie professionnelle). Dans un seul cas, le praticien désigné n'était pas un médecin généraliste, ce dossier a donc été exclu. Les résultats portent donc sur 103 dossiers d'expertises.

#### A- Statistiques descriptives

##### 1- Praticien désigné

##### a- *Concordance entre le praticien désigné et le médecin référent*

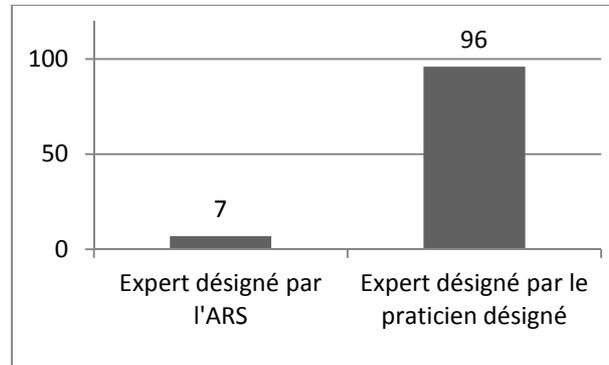
Dans 59 cas sur 103 (57,3 %), il y avait concordance entre le praticien désigné et le médecin référent de l'assuré, tel que défini dans le CSS [7]. Cependant dans 28 cas sur 103 (27,1 %), cette concordance était inconnue, car le patient n'avait pas effectué la désignation comme la procédure l'impose. Enfin, il y avait non-concordance dans 12 cas sur 103 (11,7 %), qu'il y ait eu désignation ou non par l'assuré.



*Figure 2 : Concordance entre le praticien désigné et le médecin-référent en fonction de la désignation effectuée par l'assuré.*

### *b- Désignation de l'expert*

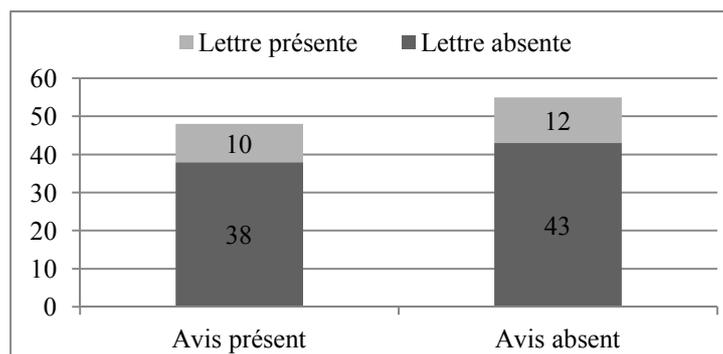
L'expert était désigné dans 96 cas sur 103 (93,2 %) par le praticien désigné et dans seulement 7 cas par l'ARS (6,8 %). Ceci signifiait que dans quasiment la totalité des cas le praticien désigné avait respecté le délai de trente jours fixé par la loi pour renvoyer le dossier.



*Figure 3 : Répartition de la désignation de l'expert.*

### *c- Présence de l'avis du praticien désigné et/ou d'une lettre*

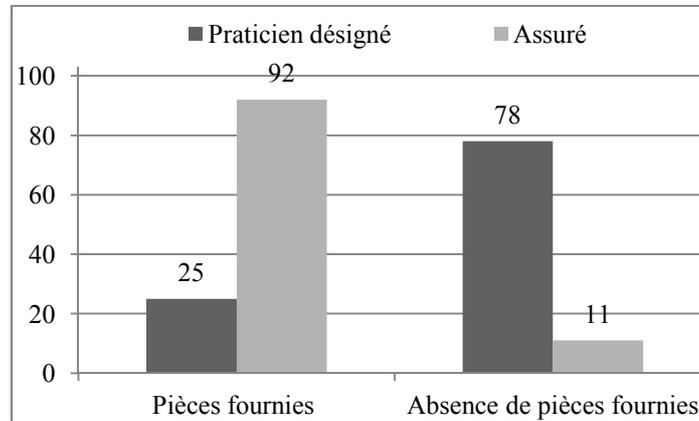
Dans un peu moins de la moitié des cas, 48 cas (46,6 %), l'avis du praticien désigné était présent. Dans seulement 10 cas (9,7 %), une lettre explicative était également associée. À noter que dans 12 cas (11,7 %), il n'y avait pas d'avis du praticien désigné dans le protocole d'expertise, mais une lettre était rédigée par celui-ci.



*Figure 4 : Présence de l'avis en fonction de la présence d'une lettre.*

*d- Fourniture des pièces par le praticien désigné*

Le praticien désigné avait apporté directement des pièces au protocole d'expertise dans 25 cas (24,3 %). L'assuré avait quant à lui apporté des pièces au dossier dans 92 cas (89,3 %).



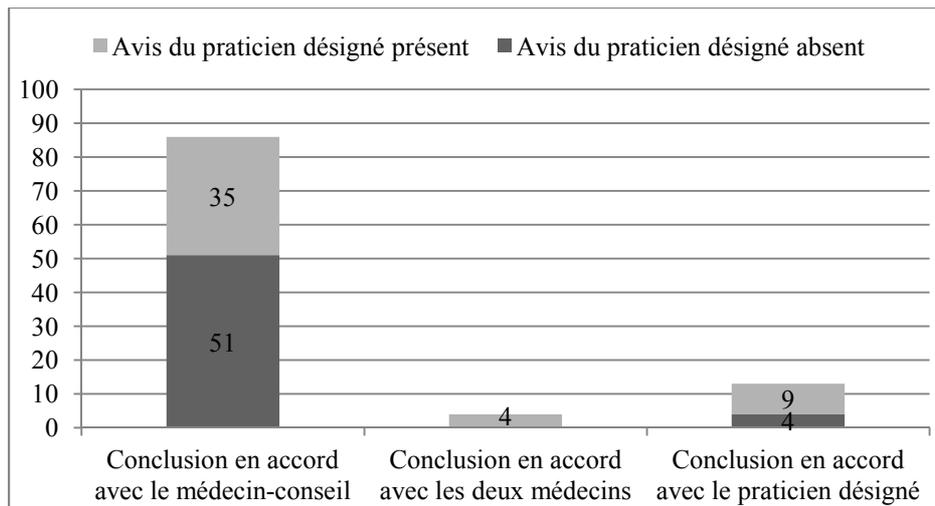
*Figure 5 : fourniture des pièces par le praticien désigné et le patient dans les dossiers d'expertise.*

*e- Présence du praticien désigné à l'expertise*

Le praticien désigné ne s'était rendu à aucune des 103 expertises étudiées.

*f- Conclusions de l'expertise*

Dans 86 cas (83,5 %), les conclusions de l'expert étaient en accord avec le médecin-conseil. L'avis du praticien désigné était présent dans 35 de ces 86 dossiers, soit 40,6 %. La conclusion de l'expert était en accord avec l'avis du praticien désigné dans 13 dossiers (12,6 %). Dans 9 de ces 13 dossiers un avis était présent. Enfin, dans 4 cas la conclusion était en accord en partie avec le praticien désigné et en partie avec le médecin-conseil. Dans cette situation, l'avis était systématiquement présent.



*Figure 6 : Conclusion de l'expert en fonction de la présence de l'avis du praticien désigné.*

L'analyse d'indépendance de ces deux variables à l'aide d'un test du  $\chi^2$  a mis en évidence que la conclusion de l'expert était significativement ( $p < 0.05$ ) liée à la présence de l'avis du praticien désigné (tableau 1). Ainsi lorsque l'avis était absent, la conclusion de l'expert était statistiquement plus en accord avec le médecin-conseil, et inversement. Pour effectuer ce test, nous avons regroupé les conclusions strictement en accord avec le praticien désigné, et les conclusions en accord en partie avec le praticien désigné et le médecin-conseil.

*Tableau 1 : Conclusion de l'expert en fonction de la présence de l'avis. \* Il s'agit des conclusions en accord totalement ou partiellement avec le praticien désigné.*

	<b>Avis présent</b>	<b>Avis absent</b>	<b>Totaux</b>
<b>Conclusion en accord avec le médecin-conseil</b>	35	51	86
<b>Conclusion en accord avec le praticien désigné *</b>	13	4	17
<b>Totaux</b>	48	55	103

## 2- L'assuré

### a- Caractéristiques épidémiologiques générales

Il y avait 54 hommes pour 49 femmes, soit un sex-ratio d'environ 1,1. La moitié de cette population avait plus de 50 ans, et seulement 7 individus avaient moins de 30 ans. À noter que plus les individus étaient âgés, plus les hommes étaient concernés par cette procédure. Plus de la moitié des individus de 30 à 50 ans étaient des femmes. Presque les deux tiers des individus de plus de 50 ans étaient des hommes. La population active représentait 97 individus sur les 103 initialement inclus (94,2 %).

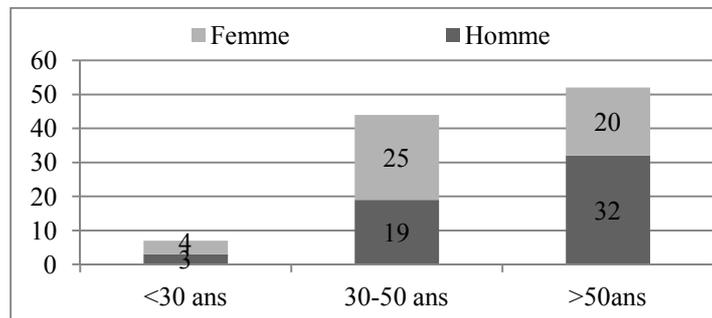


Figure 7 : Répartition par sexe et par classe d'âge.

### b- Risque social

Le risque maladie concernait 27 individus (26,2 %) dont les deux tiers avaient plus de 50 ans. En revanche le risque accident de travail, qui représentait 56 individus (54,4 %), concernait surtout des individus entre 30 et 50 ans. Pour le risque maladie professionnelle (19,4 %), plus de la moitié avaient 50 ans (11 cas sur 20).

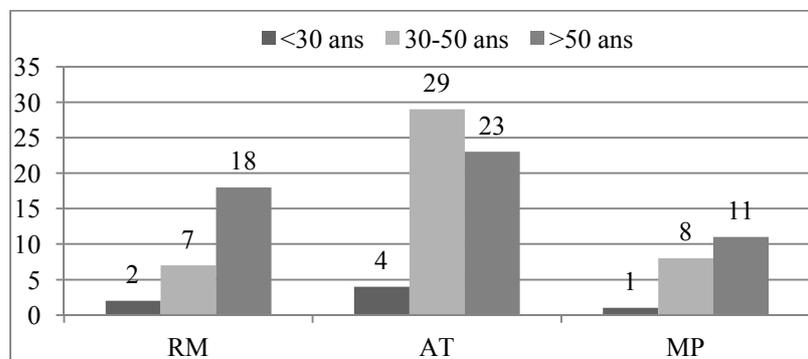


Figure 8 : Type de risque social en fonction de l'âge. RM : risque maladie; AT : risque accident de travail; MP : risque maladie professionnelle.

### c- Motifs de refus du médecin-conseil

Dans 32 cas sur 103 (31 %), le motif de refus du médecin conseil était une notification de consolidation ou guérison d'un accident de travail, avec dans plus de la moitié des cas des assurés ayant entre 30 et 50 ans (17 cas sur 32). La deuxième catégorie de refus le plus représenté était le refus de paiement d'indemnités journalières, 21 cas (20,4 %), les assurés ayant plus de 50 ans, dans environ deux tiers des cas (13 cas). Que ce soit en AT, en MP ou en rechute, les notifications de consolidation ou de guérison représentaient 61 dossiers (59,2 %).

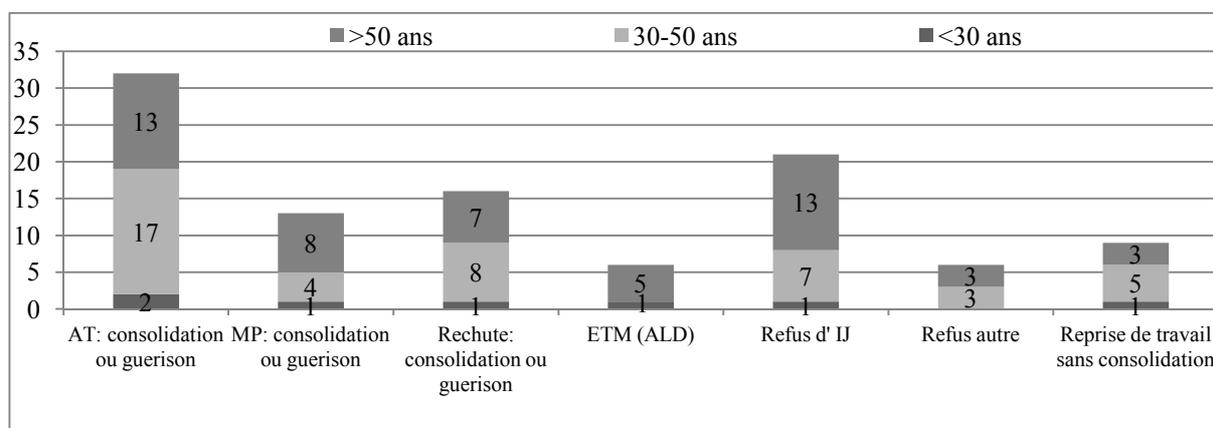
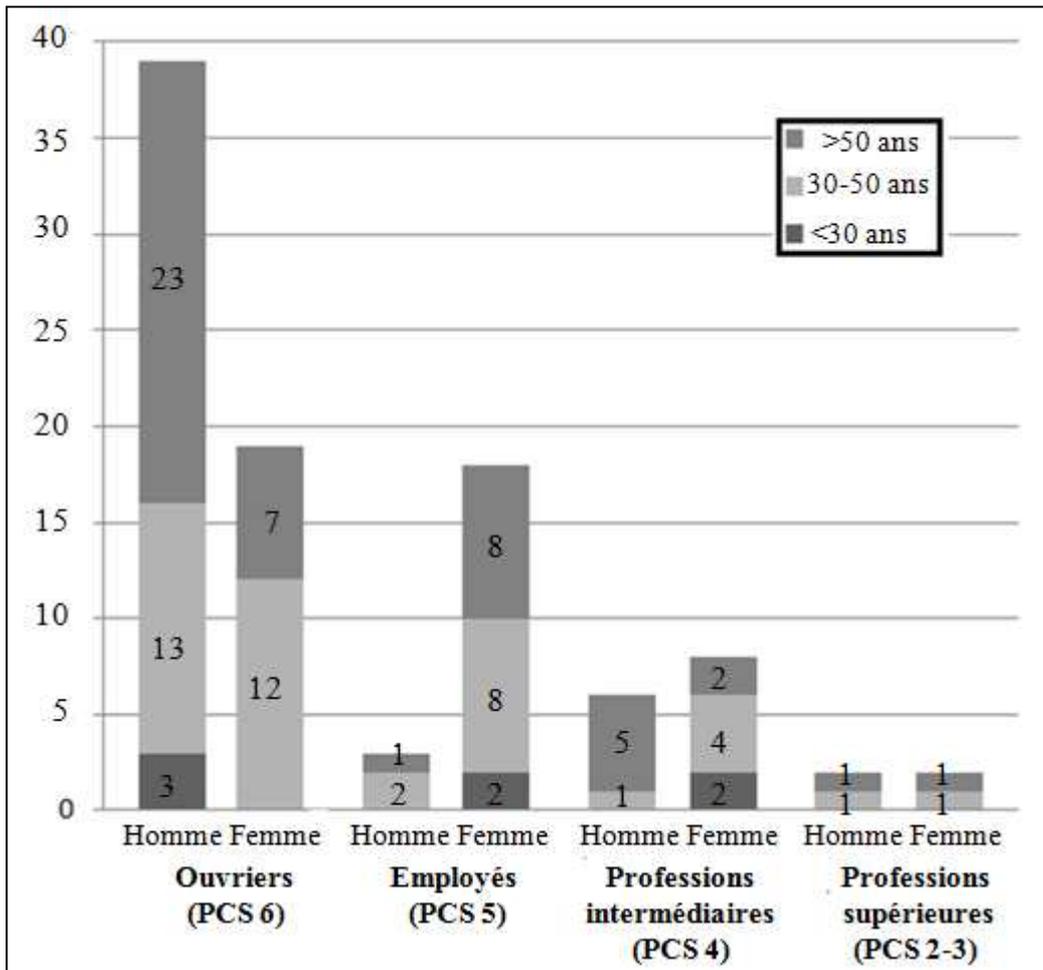


Figure 9 : Catégories de refus du médecin-conseil en fonction de l'âge. AT : accident de travail; MP : maladie professionnelle; ETM (ALD) : exonération du ticket modérateur dans le cadre d'une affection de longue durée; Refus d'IJ : refus de paiement d'indemnités journalières.

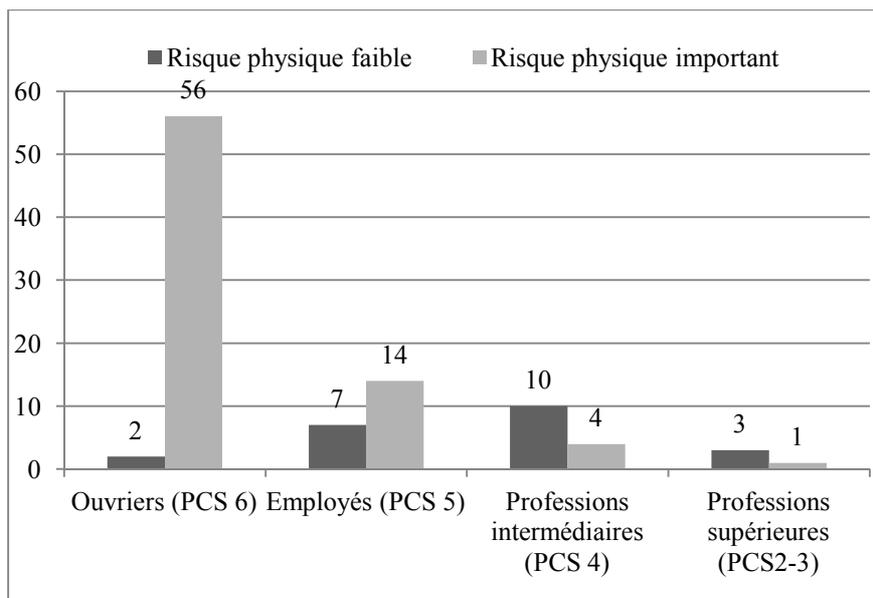
### d- Activité professionnelle

Nous avons déjà indiqué que la quasi-totalité des individus (97/103) faisait partie de la population active (cf. caractéristiques épidémiologiques générales). Une majorité (58/97) appartenait à la PCS 6, c'est-à-dire les ouvriers (59,8 %). Il s'agissait en majorité d'hommes de plus de 50 ans. Pour la PCS 5 (employés) représentant 21 individus (21,7 %), il y avait 18 femmes pour 3 hommes. Pour les professions intermédiaires (PCS 4) représentant 14 individus (14,4 %), il y avait 8 femmes pour 6 hommes. Seuls 4 individus (4,1 %) étaient concernés par les PCS 2 et 3 (correspondant aux professions supérieures).



*Figure 10 : Représentation des PCS en fonction du sexe et de l'âge.*

Concernant le risque physique au travail, 75 individus (77,3 %) appartenant à la population active (dont 56 ouvriers et 14 employés) étaient classés dans la catégorie « risque physique important ». Pour les professions intermédiaires (PCS 4) et supérieures (PCS 2 et 3), ce risque était faible.



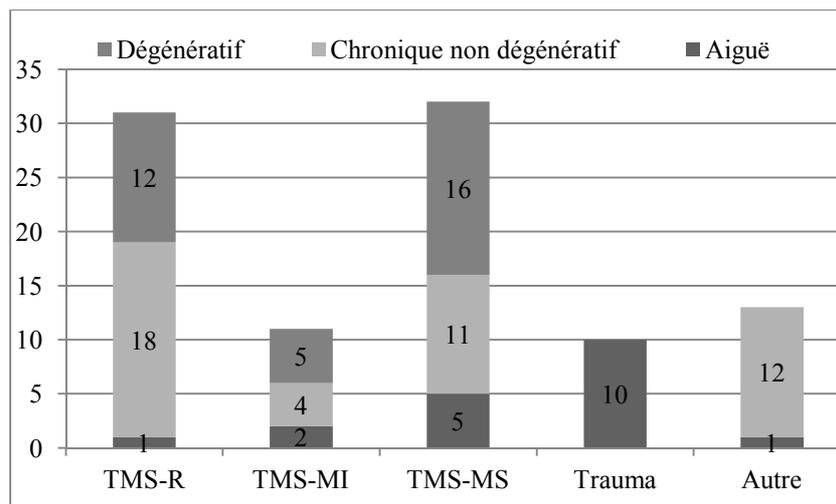
*Figure 11: Risque physique en fonction du type de PCS.*

#### *e- Pathologies concernées*

68 actifs (70,1 %), avaient une pathologie du système ostéo-articulaire, c'est-à-dire une pathologie rhumatologique :

- 31 (32,1 % des actifs) étaient des pathologies d'hypersollicitation du rachis, ou TMS du rachis (TMS-R) avec une majorité de pathologies chroniques non dégénératives (18 cas), comme par exemple des lombalgies chroniques.
- 11 (11,4 % des actifs) étaient des pathologies d'hypersollicitation des membres inférieurs, ou TMS des membres inférieurs (TMS-MI).
- 33 (34 %) étaient des pathologies d'hypersollicitation des membres supérieurs, ou TMS des membres supérieurs (TMS-MS), dont 16 sur ces 33 cas étaient des pathologies dégénératives, par exemple une rupture de la coiffe des rotateurs.

Le second type de pathologie le plus représenté était les pathologies traumatiques, 12 actifs sur 97 (12,4 %). Toutes les autres pathologies étaient faiblement représentées : moins de trois pathologies identiques par classe d'âge principalement des pathologies neurologiques, psychiatriques, et ce qui est nommé cause externe de morbi-mortalité (par exemple une complication postopératoire).



*Figure 12: Type de pathologie en fonction du caractère chronique ou non, et du caractère dégénératif ou non. TMS-R : trouble musculo-squelettique du rachis; TMS-MI : trouble musculo-squelettique des membres inférieurs; TMS-MS : trouble musculo-squelettique des membres supérieurs; Trauma : pathologie traumatologique.*

## B- Analyse des Correspondances Multiples

Chaque axe, ou dimension (Dim dans les figures 13 à 17), de chaque graphique représente un pourcentage de la variabilité totale de la population, le tableau 2 résume les différents pourcentages expliqués par les quatre premières dimensions :

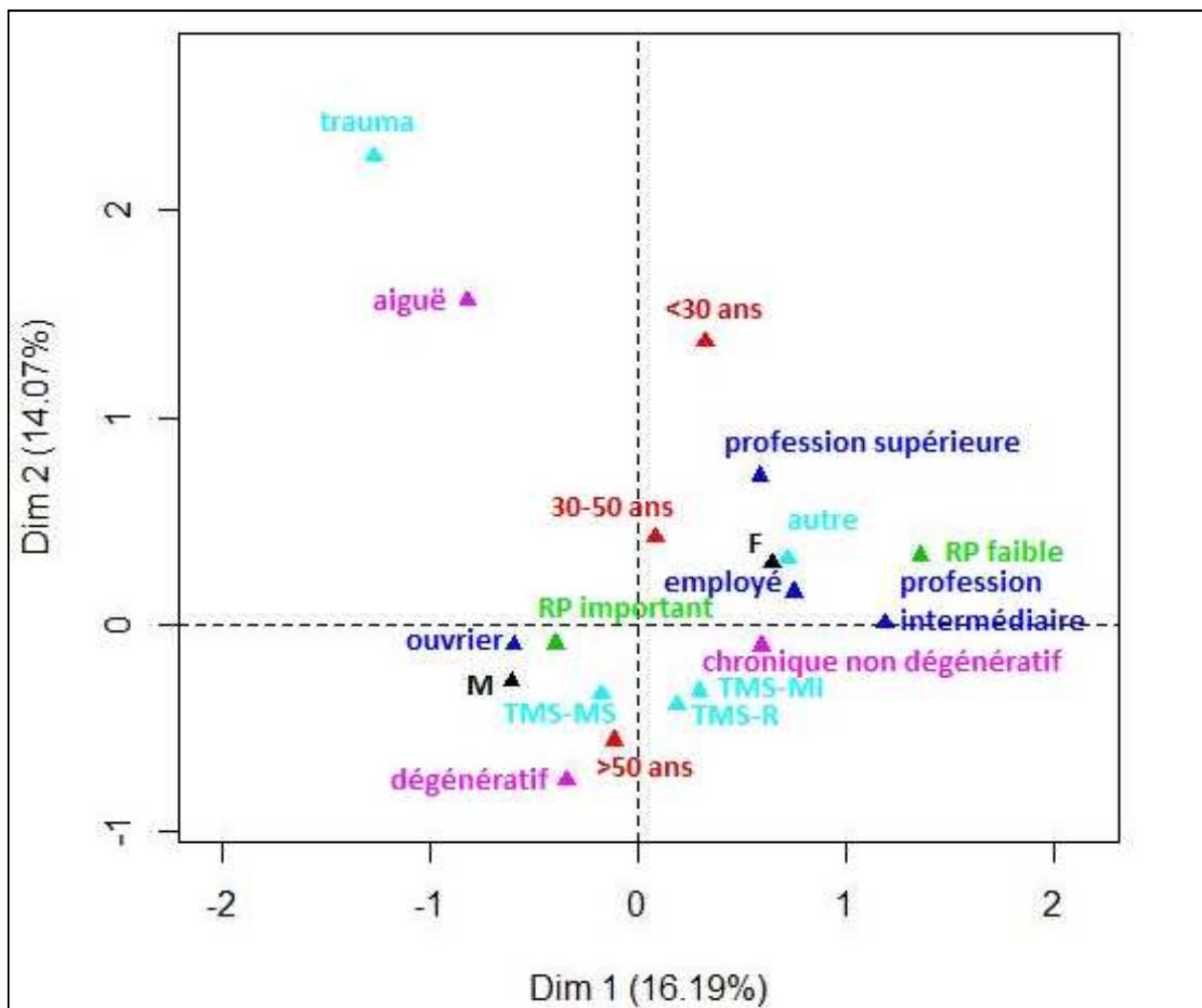
*Tableau 2 : Variance expliquée et variance cumulée pour les quatre premières dimensions.*

Dimension (Dim)	Pourcentage de variance	Variance cumulée
1	16,19 %	16,19 %
2	14,07 %	30,26 %
3	10,84 %	41,10 %
4	10,13 %	51,23 %

Ainsi, les quatre premières dimensions représentent un peu plus de 50 % de la variabilité de la population. Nous avons sélectionné les graphiques les plus pertinents, concernant les quatre premières dimensions.

Sur la figure 13 représentant la dimension 1 en fonction de la dimension 2 (30,26 % de la variabilité totale), nous avons remarqué une proximité importante de plusieurs variables :

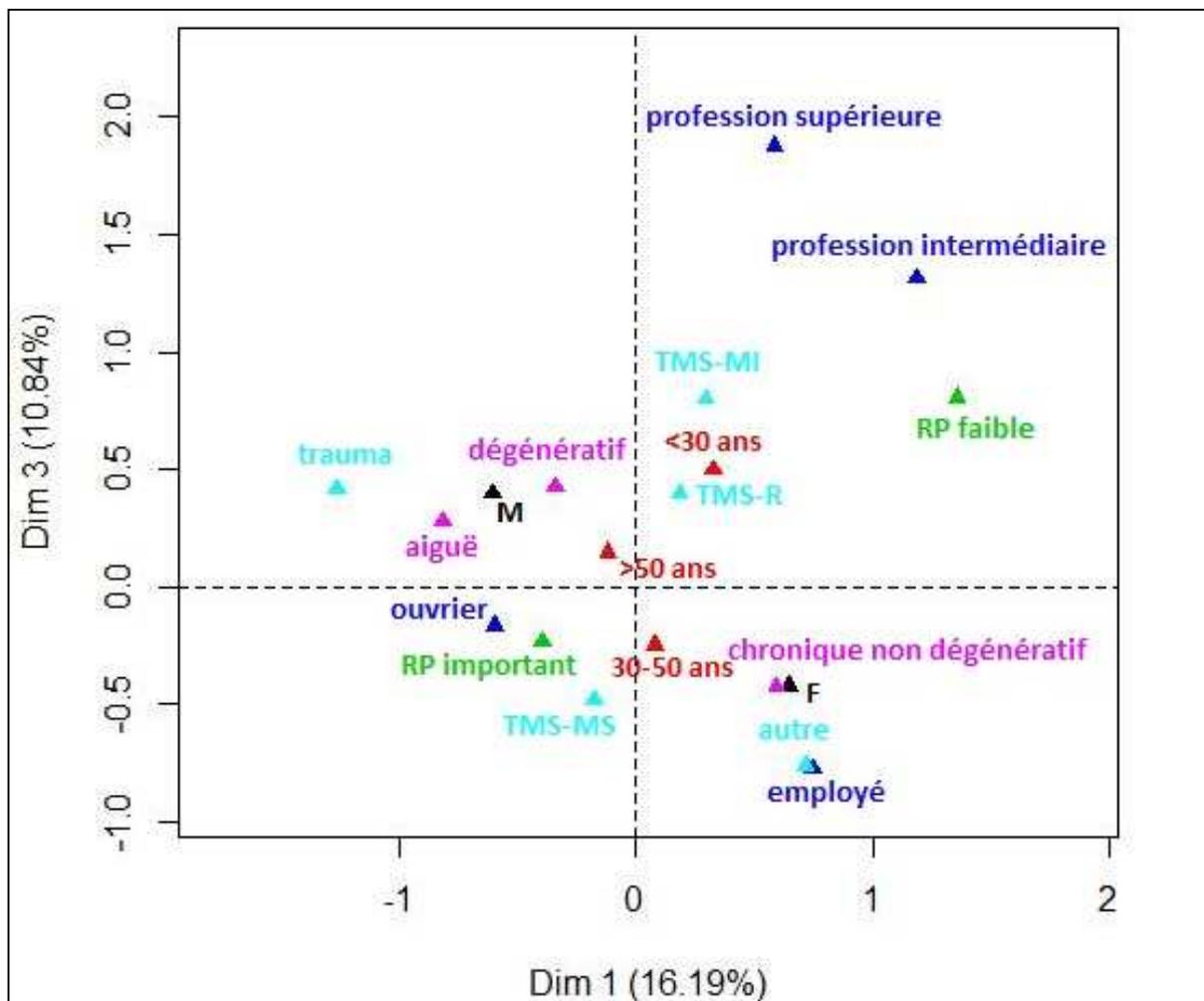
- les variables sexe masculin, ouvrier, risque physique important, TMS-MS, et âge supérieur à 50 ans,
- les variables sexe féminin, pathologie autre, employé et âge entre 30 et 50 ans,
- certaines variables étaient vraiment éloignées des autres, particulièrement sur Dim 2 (variables pathologies traumatiques et pathologies aiguës).



*Figure 13* : Analyse des Correspondances Multiples selon les deux premières dimensions représentant 30,26% de la variabilité de la population étudiée. RP : risque physique; trauma : pathologie traumatologique; TMS-R : trouble musculo-squelettique du rachis; TMS-MI : trouble musculo-squelettique des membres inférieurs; TMS-MS : trouble musculo-squelettique des membres supérieurs.

Sur la figure 14 représentant la dimension 1 en fonction de la dimension 3 (27, 04 % de la variabilité totale), certains groupes de variables s'individualisaient :

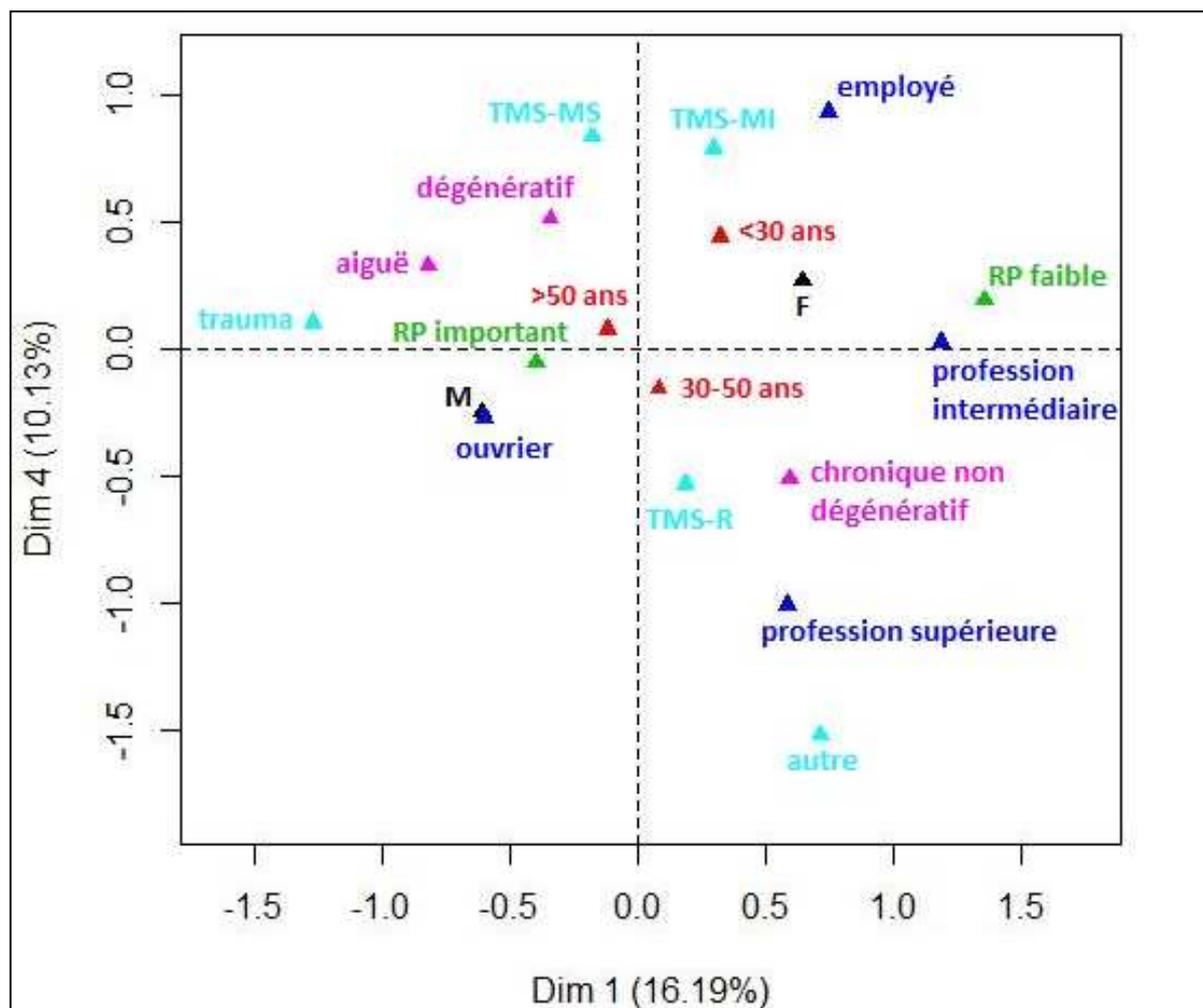
- les variables sexe masculin, pathologie dégénérative ou aiguë, âge supérieur à 50 ans, et ouvrier étaient proches,
- les variables sexe féminin, pathologie chronique non dégénérative, âge entre 30 et 50 ans, pathologie autre et profession employé étaient proches,
- sur la dimension 3, certaines variables (professions supérieures et intermédiaires par exemple) étaient très éloignées des autres.



*Figure 14 : Analyse des Correspondances Multiples selon les première et troisième dimensions représentant 27,04 % de la variabilité de la population étudiée. RP : risque physique ; trauma : pathologie traumatologique; TMS-R : trouble musculo-squelettique du rachis; TMS-MI : trouble musculo-squelettique des membres inférieurs; TMS-MS : trouble musculo-squelettique des membres supérieurs.*

Sur la figure 15 représentant la dimension 1 en fonction de la dimension 4 (26,29 % de la variabilité totale), nous avons constaté une nouvelle fois la proximité de différentes variables :

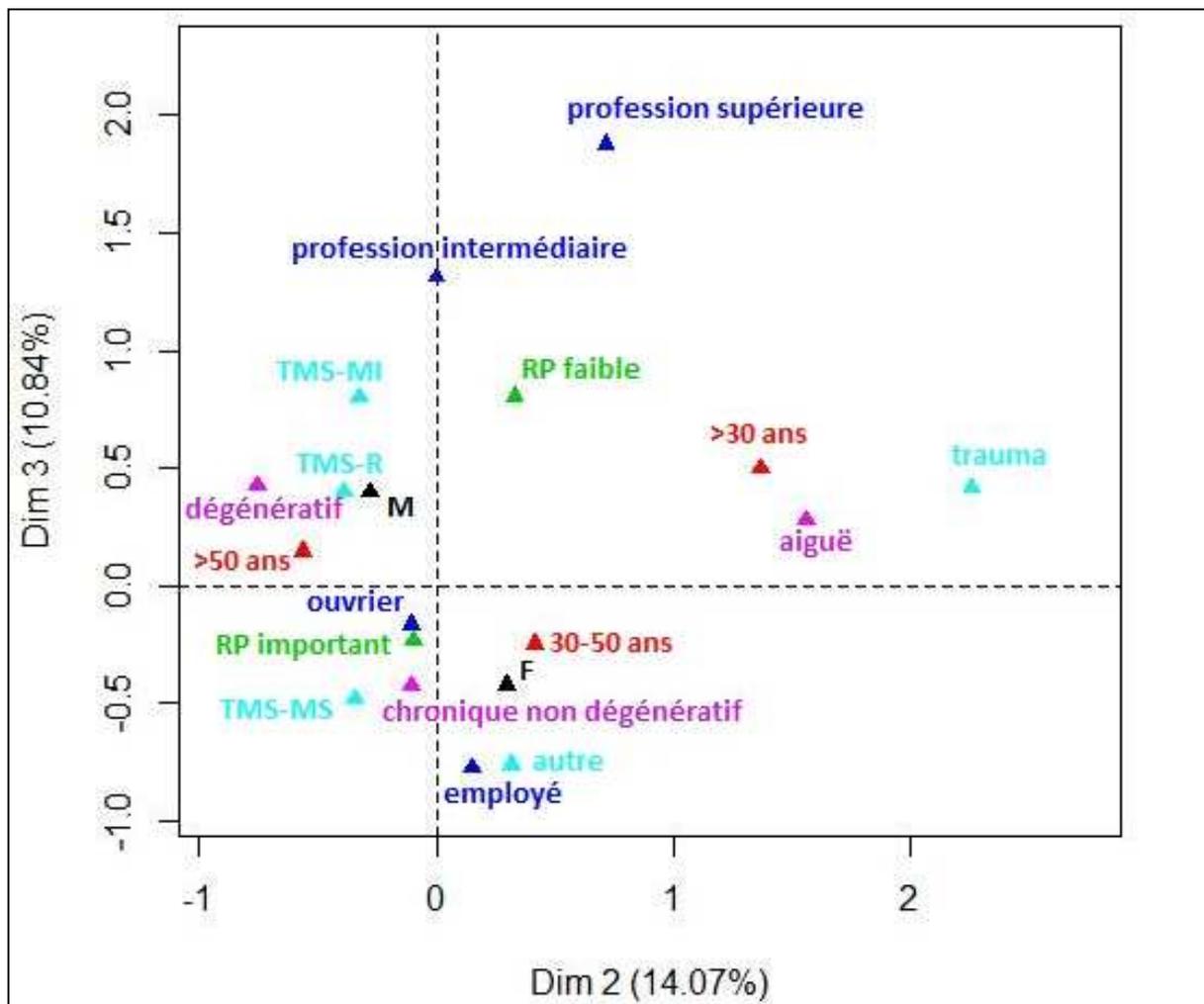
- les variables sexe masculin, profession ouvrier, risque physique important et âge supérieur à 50 ans étaient proches,
- selon ces deux dimensions, les variables sexe féminin et âge inférieur à 30 ans avaient peu de proximité avec d'autres variables.



*Figure 15 : Analyse des Correspondances Multiples selon les première et quatrième dimensions représentant 26,29 % de la variabilité de la population étudiée. RP : risque physique; trauma : pathologie traumatologique; TMS-R : trouble musculo-squelettique du rachis; TMS-MI : trouble musculo-squelettique des membres inférieurs; TMS-MS : trouble musculo-squelettique des membres supérieurs.*

Enfin, sur la figure 16 représentant la dimension 2 en fonction de la dimension 3 (24, 91 % de la variabilité totale). Nous avons observé une proximité de différentes variables :

- les troubles musculo-squelettiques rachidiens et les variables sexe masculin, pathologie dégénérative et âge supérieur à 50 ans étaient proches,
- pour les individus de sexe féminin, les variables proches étaient la encore, âge compris entre 30 et 50 ans, profession employé et pathologie autre.



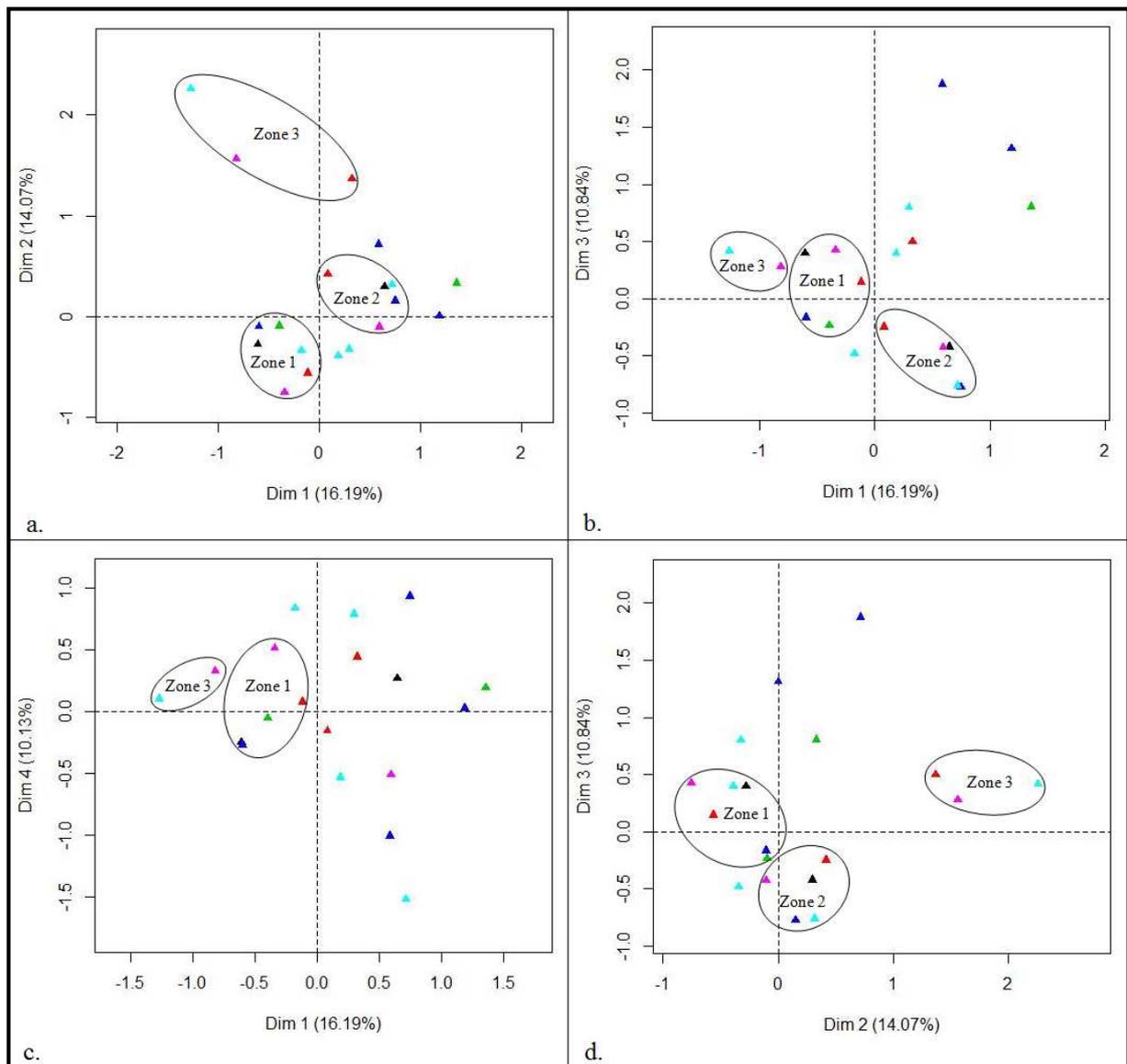
*Figure 16 : Analyse des Correspondances Multiples selon les deuxième et troisième dimensions représentant 24,91 % de la variabilité de la population étudiée. RP : risque physique; trauma : pathologie traumatologique; TMS-R : trouble musculo-squelettique du rachis; TMS-MI : trouble musculo-squelettique des membres inférieurs; TMS-MS : trouble musculo-squelettique des membres supérieurs.*

Enfin, nous avons remarqué sur ces quatre graphiques, la proximité quasi-constante de certaines variables, par exemple pathologie traumatologique et pathologie aiguë. Par ailleurs,

certaines variables étaient très isolées et donc peu discriminantes comme les professions supérieures.

Ces quatre graphiques ont permis de visualiser plusieurs profils types de patients. Ces trois types de profils ont été situés sur les différents graphiques d'ACM dans la figure 17 :

- Les hommes étaient plus souvent des ouvriers avec un risque physique important, souffrant de pathologies ostéo-articulaires (TMS du rachis et des membres supérieurs) chroniques et/ou dégénératives et âgés de plus de 50 ans. (zone 1 sur les graphiques a., b., c., d. de la figure 17).
- Les femmes étaient plus jeunes (surtout entre 30 et 50 ans), employées avec un risque physique faible (secrétaire par exemple). Elles souffraient de pathologies autres de type chroniques non dégénératives, principalement des pathologies neurologiques et psychiatriques. (zone 2 sur les graphiques a., b., d. de la figure 17).
- Les pathologies aiguës étaient d'origine traumatique et survenaient chez des individus âgés de moins de 30 ans. (zone 3 sur les graphiques a., b., c., d. de la figure 17).



*Figure 17 : Répartition des zones correspondantes aux profils sur les graphiques des résultats des ACM. a. : ACM correspondant aux deux premières dimensions; b. : ACM correspondant à la dimension 1 en fonction de la dimension 3; c. : ACM correspondant à la dimension 1 en fonction de la dimension 4; d. : ACM correspondant à la dimension 2 en fonction de la dimension 3.*

- Zone 1 : Hommes de plus 50 ans, ouvriers, professions à risque physique important, ayant des TMS-R et TMS-MS, pathologies plutôt chroniques et dégénératives.
- Zone 2 : Femmes, entre 30 et 50 ans, employées, professions à risque physique faible, ayant des pathologies autres que rhumatologiques et traumatologiques (principalement neurologiques et psychiatriques) et plutôt chroniques non dégénératives.
- Zone 3 : Pathologies traumatologiques aiguës du sujet de moins de 30 ans.

## **IV- Discussion**

### **A- Rôle du praticien désigné**

Le médecin généraliste de l'assuré a un rôle important dans la procédure, car son avis est pris en compte au même titre que celui de l'assuré dans le respect du contradictoire. Dans la littérature juridique et médicale, le rôle du praticien désigné est défini comme une aide pour l'assuré dans sa représentation face au praticien-conseil de la Sécurité Sociale et à l'expert désigné [2,12]. C'est pour le respect des droits de l'assuré que le praticien désigné devrait remplir son rôle. Nos résultats montrent que les praticiens désignés ont respecté la procédure en renvoyant en moins de trente jours la désignation de l'expert dans la quasi-totalité des cas (96/103 cas). Le service médical de l'échelon local de la CPAM d'Indre-et-Loire envoie en même temps le protocole d'expertise et la désignation de l'expert, l'envoi conjoint de ces deux éléments ne constituant pas une faute de procédure [6,8,13,16,21,22]. Le service médical essaye ainsi de s'assurer à la fois que le praticien désigne l'expert et qu'il donne son avis. On pourrait donc s'attendre à ce qu'il y ait autant d'avis que de réponses, l'envoi étant groupé, or il n'est rempli qu'une fois sur deux (48 cas sur 96). Parfois, une lettre explicative est jointe (12 cas). Au total, le praticien donne son avis dans 60 cas sur 103 dossiers (58,3 %). En analysant les dossiers, nous avons observé que le terme de praticien désigné n'était pas explicitement défini dans le protocole. Cette méconnaissance de la définition et l'ignorance qu'a le médecin de son rôle dans la procédure sont des hypothèses qui pourraient expliquer une partie des protocoles non remplis.

Cet acte juridique est considéré par les médecins généralistes comme chronophage, ne relevant pas forcément de leur fonction, et alourdissant leur charge de travail administrative [39]. Un petit nombre de praticiens (moins de dix) a aussi avancé le respect du secret professionnel vis-à-vis de la CPAM comme un argument pour ne pas délivrer d'information dans le protocole. Pourtant, il est clairement défini dans la loi que la transmission de pièces médicales au praticien-conseil représentant d'une administration constitue une permission de la loi de déroger au secret professionnel [3,40-43]. Ces éléments mettent en avant une méconnaissance du fonctionnement de l'administration de la Sécurité Sociale de la part des médecins généralistes, malgré l'existence d'ouvrages, de thèses et d'articles sur le sujet [9,12,24,44-46]. Cette mauvaise compréhension peut engendrer un problème supplémentaire : la délivrance de conseils erronés aux patients sur cette procédure.

Il existe en effet plusieurs contentieux en Sécurité Sociale (médical, administratif, technique, général, etc.) qui sont tous clairement définis dans la loi [2,9,47]. La Sécurité Sociale a mis en place un système de barrage administratif permettant de réorienter les assurés vers les voies de recours approprié au contentieux [1,46]. Malgré cela certains dossiers arrivent jusqu'à l'expertise. Ce type d'expertise est le premier recours uniquement pour le contentieux médical. Certains assurés peuvent demander une expertise pour un motif n'ayant aucun rapport avec le cadre défini par la loi [4]. Un exemple est la confusion entre demande de reconnaissance en maladie professionnelle et reconnaissance en incapacité, la première relevant du contentieux médical et la seconde du contentieux technique. Que ce soit pour le contentieux médical ou technique, le médecin généraliste doit remplir un dossier sur la situation médico-administrative. Il peut donc lui aussi orienter le patient vers la bonne voie de recours. Les médecins généralistes ne sont pas des juristes mais un approfondissement des connaissances éviterait des situations coûteuses en temps et en argent.

Le respect du contradictoire est un principe fondamental, que ce soit en droit pénal, civil ou administratif [14,23,48]. Toutes les parties doivent avoir pris connaissance des mêmes pièces. L'avis du praticien désigné n'a pas de caractère obligatoire, mais le fait de proposer au praticien désigné de le remplir est systématique. L'avis du praticien désigné revêt un caractère obligatoire afin de respecter les grands principes du droit français (le respect du contradictoire et du droit de la défense) [1]. Dans cette procédure l'expert ne peut répondre aux questions posées que si tous les éléments ont été portés à sa connaissance. L'avis du praticien désigné, du médecin-conseil et les motifs de la contestation de l'assuré doivent revêtir la même importance aux yeux de l'expert.

L'avis du praticien désigné a un rôle important, comme le montrent les résultats de l'étude des conclusions de l'expertise. En effet, lorsque l'expert reconnaît que le praticien désigné a raison, l'avis est présent 13 fois sur ces 17 cas (16,5 % de la population totale). Dans 4 cas il a en partie raison et dans 13 cas totalement raison. À l'inverse, lorsque les conclusions sont en accord avec le médecin-conseil, l'avis du praticien désigné n'est présent que dans 35 cas sur 86. Le résultat du test de  $\chi^2$  montre bien l'importance qu'a l'avis du praticien désigné. Lorsque l'avis est absent l'expert est significativement plus souvent en accord avec le médecin-conseil. À l'inverse, lorsqu'il est présent l'expert donne plus souvent raison à l'assuré. On peut également penser que lorsque le praticien désigné donne son avis, c'est qu'il pense que l'assuré a raison de faire cette demande. À l'opposé dans un certain nombre de cas, non

évaluables, le médecin généraliste peut prendre une décision qui conduira à l'opposition de la CPAM, ayant pris cette décision dans le but de satisfaire son patient, mais ne la cautionnant pas forcément. Les chiffres sur les conclusions de l'expert que nous avons retrouvés dans cette étude sont en accord avec les chiffres nationaux retrouvés dans la littérature [12].

A plusieurs reprises, nous avons observé que le praticien désigné était parfois en accord avec le médecin-conseil, et donc en désaccord avec son patient. Ce désaccord porte toujours sur les mêmes motifs : une confusion sur la reprise du travail, et une confusion entre guérison et consolidation. Ce paradoxe est le plus souvent implicite ou masqué sous le vocabulaire médical dans les avis. L'existence de cette confusion chez les patients met également en avant le fait que les praticiens désignés leur expliquent peu le fonctionnement de la Sécurité Sociale. Ces confusions résultent en effet le plus souvent de l'absence d'explication donnée au patient. Ces explications sont alors données par l'expert au cours de l'expertise.

## **B- Étude de la population des assurés**

Les résultats de notre étude permettent d'individualiser des populations particulières. La quasi-totalité des assurés concernés faisait partie de la population active. Ils risquaient donc d'être concernés par une pathologie professionnelle ou un accident de travail. Les accidents de travail étaient largement majoritaires dans les procédures que nous avons étudiées, et concernaient plutôt la classe des 30-50 ans. La classe des plus de 50 ans était majoritairement concernée par le risque MP. Le risque maladie comparativement au risque AT MP était peu représenté au sein de la population, seulement 27 dossiers sur le total (26,21 %). Ainsi, la plupart des procédures étaient secondaires à une pathologie en lien avec une activité professionnelle, dans cette population.

Une majorité des contestations des médecins-conseils concernait la notification de consolidation ou de guérison d'une pathologie (en AT, MP ou en rechute). Ces catégories de motif de contestation ont clairement été définies par les médecin-conseils de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). L'objectif de cette catégorisation est la simplification du traitement des dossiers et la standardisation des questions posées à l'expert [1]. Cela permet d'avoir une homogénéité des procédures et ainsi de ne pas sortir du champ d'action de l'expert défini dans le code de déontologie [49].

La confusion entre les notions de guérison et de consolidation était le premier motif de recours à l'expertise. Elle est particulièrement visible dans les lettres de contestation des assurés. Cette confusion existe également pour certains praticiens désignés, comme nous avons pu le constater lors de notre recueil de données. La consolidation est définie comme : « *le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période de soins, la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus, en principe nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente, consécutif à l'accident sous réserve d'une rechute ou de révision possible.* » [46,50]. La guérison est quant à elle définie comme un état stable, apparent, où la symptomatologie consécutive à la pathologie a disparu. La disparition de ces symptômes ne doit pas être maintenue par un traitement. Le caractère apparent signifie qu'en cas de rechute le dossier pourra être réouvert [46]. Les assurés ont du mal à comprendre la différence entre la guérison et la consolidation, qui constitue un état où peut persister un traitement, mais surtout des symptômes. Certains médecins ne connaissent pas cette définition.

Le deuxième motif de recours à l'expertise était la notification de refus d'indemnités journalières. Cette notion est également mal comprise par les assurés et les praticiens désignés. L'arrêt de travail doit faire partie du traitement. S'il n'entraîne pas une amélioration de l'état de santé de l'assuré, il n'apporte pas de bénéfice à celui-ci. Dans ce cas, la Sécurité Sociale n'a aucune raison de financer les indemnités concernées. La reprise de travail est également mal comprise. Elle peut être avec ou sans consolidation ou faire suite à une guérison. La lecture des demandes de recours des assurés montre qu'ils confondent la reprise du travail en général et la reprise de leur activité professionnelle. Certains praticiens désignés font la même erreur. En effet, la Sécurité Sociale s'attache à savoir si la personne peut travailler, quelque soit le métier. Le type de travail qu'exerçait le patient avant son arrêt de travail n'entre pas en compte dans la décision. Il s'agit d'une définition juridique qui peut paraître stricte, mais la loi le définit ainsi [24,51]. Ce point est particulièrement difficile à expliquer aux assurés.

Dans notre étude, les professions étaient peu diversifiées. Une majorité de ces personnes avaient une profession associée à un risque physique important, principalement des ouvriers. La deuxième catégorie était celle des employés. Il s'agissait majoritairement d'employés de maison (femme de ménage par exemple) ayant un travail à risque physique faible. Ces deux

catégories expliquent la surreprésentation des pathologies d'hypersollicitation, avec en majorité des pathologies de la coiffe des rotateurs pour le membre supérieur, des lombalgies chroniques pour le rachis et des gonalgies pour le membre inférieur. Les TMS sont considérés comme étant « *une épidémie* » par les sociétés savantes de médecine de travail [33]. Ces pathologies sont apparues avec la modification des processus de production. Les postes ont été standardisés et les gestes stéréotypés, de manière à augmenter la productivité [32,34]. Un seul type d'activité professionnelle n'est pas représenté dans notre étude : les agriculteurs exploitants (PCS 1). Ils bénéficient d'un régime à part, traité par un autre organisme que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie : la Mutuelle Sociale Agricole (MSA). De ce fait, nous n'avons pu avoir accès aux dossiers de premier recours de contestation d'une décision de médecin-conseil de la MSA.

Les ACM ont permis de synthétiser les données des statistiques descriptives. Les profils types ont pu être mieux visualisés. Même si le lien entre les variables n'a pu être quantifié, certaines de ces variables sont souvent proches, comme le montre la figure 17. Ces constatations sont en accord avec les données retrouvées dans les études épidémiologiques en médecine du travail [27–29,35]. Par exemple, un chef d'entreprise aura un risque physique faible dans son travail. Un ouvrier carrossier aura un risque physique important, et donc plus de risques d'avoir des lombalgies. Les graphiques d'ACM présentés dans les résultats représentent chacun deux dimensions qui expliquent entre 25 et 30 % de la variabilité totale de la population. Nous n'avons pu obtenir de meilleurs résultats car il existe un grand nombre de variables. Plus celui-ci est important, plus chaque dimension exprime une petite partie de la variabilité totale. Malgré ce nombre important de variables, la représentativité de la variabilité globale est correcte. Les quatre premières dimensions expliquent environ 50 % de la variabilité globale. De plus, le fait que certaines variables soient toujours proches quelle que soit la dimension choisie est en faveur d'une proximité de celles-ci au sein de la population étudiée [38].

## C- Perspectives

Nous pensons que ces constatations pourraient s'intégrer dans une formation pendant le troisième cycle, par exemple au cours des enseignements dispensés pour l'obtention du Diplôme d'Etude Spécialisé (DES) de médecine générale. Une intervention plus précoce en deuxième cycle, a peu de chance d'être efficace sur le long terme. Certains des points que nous venons d'évoquer sont abordés dans l'enseignement initial en faculté de médecine, à travers les items suivants de l'Examen Classant National :

- n°13 : Organisation des systèmes de soins. Filières et réseaux,
- n°14 : Protection sociale. Consommation médicale et Économie de la santé,
- n°108 : Environnement professionnel et santé. Prévention des risques professionnels. Organisation de la médecine du travail,
- n°109 : Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions.

Cependant, cet enseignement intervient trop tôt dans le cursus médical, à un moment où les étudiants n'ont pas été confrontés à cette procédure. Il est important d'expliquer le fonctionnement de cette voie de recours aux médecins afin qu'elle se déroule le plus rapidement et dans les meilleures conditions possible. Le contrôle médical, et donc cette procédure, pourraient devenir de plus en plus fréquents à cause d'une politique de limite des dépenses, secondaire au déficit des comptes de la Sécurité Sociale [25]. Par exemple, la Cour des Comptes dans son rapport de certification des comptes du régime général de la Sécurité Sociale, pour la branche AT MP, indique des motifs de non certification des comptes [52]:

*- « les insuffisances cumulatives du contrôle interne dans la branche AT MP (accident de travail maladie professionnelle) et l'activité de recouvrement portent atteinte à l'exhaustivité et à l'exactitude des cotisations sociales affectées à la branche AT MP. »*

*- « Les dispositifs de contrôle interne en vigueur ne permettent pas de disposer d'une assurance raisonnable sur la maîtrise des risques d'erreurs de portée financière qui affectent les prestations en espèces. S'agissant des indemnités journalières, les données disponibles sur les erreurs que le contrôle interne n'a pas permis de détecter et de corriger manquent de fiabilité, ce qui entraîne une limitation à l'audit . »*

La Cour des Comptes indique clairement le mauvais fonctionnement du système de contrôle. Ainsi l'administration sociale aura tôt ou tard l'obligation d'appliquer une politique de contrôle plus ferme de façon à être en conformité avec les critères définis dans les politiques de financement de la Sécurité Sociale. Les premières personnes qui seront ciblées par ce durcissement de politique de contrôle seront les médecins généralistes et leurs patients, d'où la nécessité d'être formé quant au fonctionnement de ce système.

Notre étude, portant sur l'implication du médecin généraliste dans les expertises de Sécurité Sociale, a permis de mettre en évidence les parties de la procédure se déroulant correctement, ainsi que celles semblant poser des difficultés. Une amélioration du système existant doit passer par une mise en lumière des dysfonctionnements. Un enseignement sur cette procédure permettrait de délivrer certains messages simples. Nous proposons d'axer cette formation sur les points suivants basés sur les résultats de notre travail :

- L'expertise de Sécurité Sociale selon l'article L. 141-1 du CSS concerne un désaccord entre la Sécurité Sociale et un assuré, pour un problème strictement médical. C'est le premier recours qu'a l'assuré pour contester une décision de la Sécurité Sociale.
- Le praticien désigné est le médecin concerné par la procédure, il peut être le médecin référent, un autre médecin généraliste, ou un spécialiste, qui s'occupe de l'assuré.
- L'avis de ce praticien est essentiel à la procédure dans le respect du contradictoire, de manière à ce que l'expert dispose de tous les éléments du dossier pour prendre sa décision. L'avis est important et doit être transmis, que l'on soit en accord avec le médecin-conseil, le patient ou sans avis sur la question.
- La transmission des pièces à l'expert est indispensable quelque soit le moyen, afin là encore de respecter le contradictoire. Bien que cette transmission ne constitue pas une violation du secret professionnel, le médecin pourra préférer remettre les documents à son patient plutôt que de les envoyer directement à l'expert.
- Le travail a une définition particulière en législation sociale : il ne concerne pas le travail qu'effectue l'assuré avant sa mise en arrêt maladie ou de travail, mais la capacité d'exercer une activité professionnelle quelconque.

- L'arrêt maladie ou de travail doit participer au traitement. Si le fait de ne pas pratiquer son activité professionnelle n'engendre aucune amélioration de l'état de santé de l'assuré, il n'est pas profitable à celui-ci et la Sécurité Sociale pourra refuser de le financer.
- La guérison est le retour à un état équivalent à l'état de santé antérieur à la maladie, il est toujours apparent et donc réversible, ce qui signifie que le dossier peut être réouvert (c'est la rechute).
- La consolidation est un état stable, non évolutif, succédant à une phase de soins au cours de laquelle une amélioration était visible. Cet état n'est pas équivalent à l'état antérieur du patient. Il peut persister des symptômes appelés séquelles. Un traitement peut être nécessaire, pour maintenir cet état. En cas de nouvelle aggravation de cet état, il s'agit d'une rechute.
- Certaines situations et certains profils de patient sont plus associés au risque de procédure d'expertise :
  - Les accidents du travail et les maladies professionnelles avec des arrêts de travail qui se prolongent sur plusieurs mois ou plusieurs années.
  - Les hommes âgés de plus de 50 ans, ouvriers, ayant un travail physique et des pathologies rhumatologiques rachidiennes et des membres supérieurs, chroniques et dégénératives.
  - Les femmes âgées entre 30 et 50 ans, employées, ayant un travail moins physique et des pathologies non rhumatologiques ou traumatologiques, résultant plutôt de pathologies neuropsychiatriques, chroniques et non dégénératives.
  - Enfin, nous retrouvons une catégorie à part : les personnes âgées de moins de 30 ans ayant des pathologies aiguës traumatologiques.

## V- Conclusion

Cette étude rétrospective des dossiers d'expertise de Sécurité Sociale selon l'article L.141-1 du CSS a révélé l'importance du médecin généraliste dans la procédure. En effet, nous avons mis en évidence des lacunes dans le remplissage du protocole, en dépit du principe du contradictoire, avec parfois des conséquences importantes pour le patient. Les explications possibles sont multiples, l'une d'entre elles pouvant être le désaccord du médecin avec son patient dans la démarche de celui-ci. Le praticien désigné ne s'est jamais déplacé à l'expertise, probablement pour une question d'organisation et de surcharge de travail. Pour autant le médecin généraliste participe activement à la procédure, en ce qui concerne la transmission des pièces à l'expert, la désignation de l'expert sur proposition du médecin-conseil, et le retour dans les délais du protocole au service médical.

Nous avons mis en évidence trois profils types d'assurés dans la population que nous avons étudiée :

- Les ouvriers âgés de plus de 50 ans faisant un travail à risque physique important et ayant des pathologies rhumatologiques rachidiennes dégénératives en accident de travail ou maladie professionnelle,
- Les employées ayant un travail à risque physique faible ayant une pathologie autre que rhumatologique ou traumatologique, en accident de travail âgées de 30 à 50 ans,
- Les personnes âgées de moins de 30 ans ayant une pathologie traumatologique plutôt en accident de travail.

L'identification de ces trois profils de patients pourrait à l'avenir permettre d'identifier des situations à risque de procédure et peut être ainsi d'en éviter certaines.

Il est donc nécessaire de former de manière adaptée les médecins généralistes. Cette formation pourrait intervenir idéalement pendant le 3ème cycle des études médicales. Elle serait axée sur les points précis que nous avons rappelés, afin d'expliquer le déroulement de la procédure, quelques notions simples de droit du travail. Enfin, il faudrait rappeler les enjeux de ces conflits entre la caisse et l'assuré : aussi bien d'un point de vue personnel pour le patient qui conteste, que d'un point de vue collectif en raison du coût de ces démarches pour la Société.

## VI- Bibliographie

- [1] Direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, département de la réglementation, Guide de l'expertise médicale de Sécurité Sociale, L'Assurance Maladie, Caisse Nationale, (2006).
- [2] M. Pierchon, Les contentieux de la Sécurité Sociale : les différents contentieux de l'expertise médicale, le contentieux général devant le TASS, le contentieux général devant le TASS, le contentieux technique devant le TCI et la CNITAAT, le contentieux de tarification devant la CNITAAT, RESOC, Montpellier, (2006).
- [3] Article L. 315-1, Code de la Sécurité Sociale, (2009).
- [4] Article L. 141-1, Code de la Sécurité Sociale, (2007).
- [5] Article L. 431-2, Code de la Sécurité Sociale, (2008).
- [6] Article R. 141-2, Code de la Sécurité Sociale, (2010).
- [7] Loi n° 2004-810 relative à l'assurance maladie, (2004).
- [8] Article R. 141-1, Code de la Sécurité Sociale, (2010).
- [9] V. Dang-Vu, Les contentieux de la Sécurité Sociale, Journal de Médecine Légale Droit Médical. 53 (2010) 179-198.
- [10] Article 234, Code de procédure civile, (1976).
- [11] Article R. 4127-105, Code de la santé publique, (2004).
- [12] V. Dang-Vu, L'indemnisation du préjudice corporel. Généralités, l'invalidité, l'inaptitude au travail et le contentieux de la Sécurité Sociale, l'Harmattan, Paris, (2010).
- [13] Article R. 141-3, Code de la Sécurité Sociale, (1985).
- [14] Section VI : La contradiction. Article 14 à 17, Code de procédure civile. (2011).
- [15] Cour de Cassation, Chambre sociale, du 4 juin 1970, 69-10.205, dans : Bulletin des arrêts Cours de Cassation Chambre sociale, Paris, (1970) : p. 315.

- [16] Article R. 141-4, Code de la Sécurité Sociale, (2010).
- [17] R. Chapus, La structure du contentieux administratif, dans : Droit administratif général, Montchrestien, (2001) : p. 785-832.
- [18] Livre III : Titre III : Des contrats ou des obligations conventionnelles en général: Articles 1101 et suivants, Code civil. (1804).
- [19] Article L. 141-2, Code de la Sécurité Sociale, (1990).
- [20] Article L. 141-3, Code de la Sécurité Sociale, (2005).
- [21] Article R. 141-5, Code de la Sécurité Sociale, (1985).
- [22] Article R. 141-6, Code de la Sécurité Sociale, (1985).
- [23] H. Fabre, D. Daupleix, Le contradictoire et l'expertise : un principe incontournable, Revue Française du dommage Corporel. 2006-1 (2006) 44-49.
- [24] C. Manaouil, A. Margraff, M. Graser, O. Jardé, L'expertise médicale de Sécurité Sociale selon l'article L. 141-1 du code de la Sécurité Sociale, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 66 (2005) 467-475.
- [25] Certification des comptes du régime général de sécurité social - exercice 2011-, Cour des Comptes, Paris, (2012).
- [26] Insee - Définitions et méthodes - Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles (PCS), (2003).
- [27] B. Arnaudo, I. Magaud-Camus, N. Sandret, T. Coutrot, M.-C. Floury, N. Guignon, et al., L'exposition aux risques et aux pénibilités du travail de 1994 à 2003, DARES et DRT-IMTMO, Paris, (2004).
- [28] B. Arnaudo, I. Magaud-Camus, N. Sandret, M.-C. Floury, L. Vinck, D. Waltisperger, Les expositions aux risques professionnels par famille professionnelle: Résultats SUMER 2003, DARES et DRT-IMTMO, (2006).

- [29] B. Arnaudo, M. Léonard, N. Sandret, M. Cavet, T. Coutrot, R. Rivalin, L'évolution des risques professionnels dans le secteur privé de 1994 à 2010: premiers résultats de l'enquête SUMER, Direccte et DARES, (2012).
- [30] B. Arnaudo, S. Hamon-Cholet, D. Waltisperger, Contraintes posturales et articulaires au travail, DRTEFP Centre et DARES, (2006).
- [31] Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes: CIM-10, 10ème révision, Stationary Office Books, (1998).
- [32] G. Lasfargues, Y. Roquelaure, B. Fouquet, Pathologie d'hypersollicitation périarticulaire des membres supérieurs: troubles musculo-squelettiques en milieu de travail, Masson, Paris, (2003).
- [33] La surveillance épidémiologique des troubles musculo-squelettiques, Institut de Veille Sanitaire (InVS), (2005).
- [34] P. Catalina, M. Aptel, A. Aublet-Cuvelier, Troubles musculo-squelettiques et travail, dans : Médecine et risque au travail: Guide du médecin en milieu de travail, 2e éd., Masson, Paris, (2009) : p. 385-397.
- [35] B. Arnaudo, M.C. Floury, N. Guignon, N. Sandret, Intérêt des grandes enquêtes pour les médecins du travail. L'enquête Sumer 2002–2003, Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 67 (2006) 315-317.
- [36] R Development Core Team, R : a Language and Environment for Statistical Computing, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, (2008).
- [37] F. Husson, J. Josse, S. Le, J. Mazet, CRAN - Package FactoMineR, (2012).
- [38] S. Le, J. Josse, F. Husson, FactoMineR: An R package for multivariate analysis, J. Stat. Softw. 25 (2008) 1-18.
- [39] S. Guyonnet, X. Valtat, Relation entre médecins généralistes et médecins-conseils de la région Centre: étude qualitative à partir de 24 entretiens semi-dirigés, Thèse d'exercice, Université François Rabelais, Tours, (2006).

- [40] Article L. 1414-4, Code de la santé publique, (2004).
- [41] Article L. 1112-1, Code de la santé publique, (2010).
- [42] A. Miras, S. Gromb, Dossier médical et expertise, *Journal de Médecine Légale Droit Médical*. 49 (2006) 41-45.
- [43] J. Cardona, D. Fasquel, D. Malicier, Secret médical : relations avec les médecins-conseil, *Journal de Médecine Légale Droit Médical*. 46 (2003) 385-387.
- [44] B. Lemaître, L'expertise médicale de Sécurité Sociale du décret du 7 janvier 1959 : (analyse de 1300 dossiers), Thèse d'exercice, Université François Rabelais, Tours, (1978).
- [45] G. Chabert, Le contentieux odontologique de la Sécurité Sociale, Thèse d'université, Université Montpellier 1, (2001).
- [46] L. Daligand, J. Cardona, J. Delhomme, D. Fasquel, Sécurité Sociale, 6e éd., Elsevier Masson, (2012).
- [47] Partie législative : Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base : Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités, Code de la Sécurité Sociale. (2012).
- [48] Article préliminaire, Code de procédure pénale, (2011).
- [49] Articles R. 4127-105 à R. 4127-108 : Exercice de la médecine d'expertise, Code de la santé publique, (2004).
- [50] Arrêté du 8 juin 1951, *Journal Officiel*. (1951) 7375.
- [51] Cour de Cassation, Chambre sociale, du 2 juillet 1998, 96-20.677, Inédit, (1998).
- [52] Les branches maladie et accident de travail - maladie professionnelles : les comptes combinés de la branche AT MP, dans : Certification des comptes du régime général de sécurité social - exercice 2011-, Cour des comptes, Paris, (2012) : p. 61-62.

**Avis favorable de la Commissions des thèses**  
**du Département de Médecine Générale**  
**en date du *24 avril 2012***

**Le Directeur de Thèse**

**Vu le Doyen**  
**de la Faculté de Médecine de Tours**

# SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux  
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira  
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira  
pas  
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,  
je rendrai à leurs enfants  
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.  
Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

**Faculté de Médecine de TOURS**

***REROLLE Camille***

**Thèse n°**

58 pages – 2 tables – 17 figures

**Title: Expertise requested by the French Social Security : involvement of the general practitioner and characteristics of the population – A study of 103 cases**

**Abstract:**

**INTRODUCTION:** The French national health insurance (the Social Security) has a control system, exercised by administrative doctors. The aim of this control system is to detect abuse of process of a medico-administrative situation. As for any administrative procedure, the insured party (the patient) can notify his disagreement. It will be the beginning of a specific French law and administrative procedure: the social security medical expert assessment. This procedure is fully described in the Social Security Code (article L.141-1). The general practitioner is also involved in this procedure to respect the contradictory: an essential law concept of administrative procedure. In this study we evaluated the involvement of general practitioners. We also isolate patient characteristics of people involved in this procedure.

**MATERIAL AND METHODS:** This retrospective study has concerned 103 procedures made between June 2011 and March 2012 in the Indre et Loire (French province) Social Security Center.

**RESULTS:** The general practitioners designed the expert in 96 records, but they gave their medical advice on only 60 records. The presence of this advice has also been significantly linked to the expert's conclusion in agreement with general practitioners. We have identified three insured party profiles according to their working characteristics, ages, and procedure concerned pathologies.

**DISCUSSION:** General practitioners are not involved as they should be. One of the reasons of this non-involvement could be the ignorance of the procedure. However general practitioners have an essential part, as they have to give their opinion about the situation of their patient. The identification of several characteristics of the insured population may help for the determination of at-risk situations.

**CONCLUSION:** A training session should be created to help general practitioners understanding the most important aspects of the procedure. It would help them to give advice to their patients, and probably lead to a decrease in the number of procedures.

**Keywords :** -Social Security expertise  
-General practitioner  
-Administrative law procedure  
-Contradictory

**Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN  
Members : Monsieur le Professeur Pierre François DEQUIN  
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH  
Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN  
Monsieur le Docteur Jean François GOMEZ

**Defense date :** October the 29th 2012

***REROLLE Camille***

**Thèse n°**

58 pages – 2 tableaux – 17 figures

**Résumé :**

**INTRODUCTION :** Le contrôle médical est exercé par les médecins-conseils. Ils donnent des avis sur des situations médico-administratives. Si un assuré conteste l'avis du médecin-conseil, il peut demander une expertise médicale de Sécurité Sociale selon l'article L. 141-1 du Code de Sécurité Sociale. Son médecin généraliste est alors impliqué dans cette procédure juridique administrative, dans le respect du contradictoire. Nous nous sommes demandés si les médecins généralistes remplissaient correctement leur rôle au cours de cette procédure. Nous avons également essayé d'isoler les caractéristiques des assurés concernés par ces expertises.

**MATERIEL ET METHODES :** Cette étude rétrospective a porté sur 103 dossiers d'expertise effectués entre juin 2011 et mars 2012 au Service Médical de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Indre et Loire. Un recueil de données a été effectué pour évaluer à la fois l'implication du médecin généraliste et les caractéristiques de la population d'assurés. L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel R.

**RÉSULTATS :** Les médecins généralistes ont désigné l'expert dans 96 dossiers sur 103, en accord avec le médecin-conseil. L'avis du médecin généraliste n'était donné que dans 60 cas. La présence de l'avis était significativement liée à une conclusion de l'expertise en accord avec le médecin généraliste. Trois profils d'assurés ont pu être identifiés en fonction de l'âge, de la profession et des pathologies concernées.

**DISCUSSION :** La méconnaissance du système est probablement responsable de la faible implication des médecins généralistes. Leur rôle est primordial afin de garantir le bon déroulement de la procédure pour ne pas léser leur patient. Ces procédures représentent un coût pour la société et sont de plus en plus fréquentes. L'identification des profils types d'assurés permettraient de prévenir la survenue de certaines.

**CONCLUSION :** Une formation adaptée aux médecins généralistes, axée sur certains points précis (le déroulement de la procédure, les enjeux personnels et collectifs de l'expertise) nous paraît nécessaire.

**Mots clés :**

- Expertise de Sécurité Sociale
- Médecin généraliste
- Procédure administrative
- Contradictoire

**Jury :**

Président : Monsieur le Professeur Dominique PERROTIN  
Membres : Monsieur le Professeur Pierre François DEQUIN  
Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH  
Madame le Docteur Pauline SAINT MARTIN  
Monsieur le Docteur Jean François GOMEZ

**Date de la soutenance :** 29 Octobre 2012