

SECRET MEDICAL ET ASSURANCES
CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS
Rapport actualisé et adopté en session d'octobre 1998
F. GAZIER, B.HOERNI

Le secret médical est fait pour protéger les intérêts légitimes des malades, non pour les empêcher de bénéficier des avantages qu'ils demandent, comme la souscription d'une assurance, ni pour les faire profiter d'avantages indus. L'appréciation de ces intérêts doit guider le médecin traitant comme le médecin d'assurances pour échanger, à la demande du patient ou de ses ayants droit, les informations, " pertinentes, adéquates et non excessives ", afin de leur permettre de bénéficier des justes avantages du contrat d'assurance. Il s'agit de l'accès régulier de l'assuré à ce contrat puis du versement légitime de prestations à lui-même ou à ses ayants droit, conformément aux dispositions contractuellement souscrites.

Les relations entre médecins traitants (généralistes ou spécialistes, libéraux ou hospitaliers) et médecins d'assurances (plutôt que " médecins-conseils d'assurances ", pour éviter toute confusion avec les médecins-conseils de la sécurité sociale dont statut et prérogatives sont tout autres) souffrent de difficultés rencontrées dans la transmission d'informations. Les premiers invoquent le principe du secret professionnel pour ne rien transmettre, même sollicités par leurs patients, les seconds se retranchent derrière la législation de l'assurance, le Code civil et leurs jurisprudences pour subordonner l'accession aux demandes des souscripteurs et assurés à la transmission d'informations nécessaires et suffisantes. Les premiers sont accusés de rétention d'information contraire aux intérêts légitimes de leurs patients, voire de produire des certificats douteux, les seconds d'accéder au dossier des malades en contravention avec le code de déontologie. Ce climat de suspicion réciproque nuit à l'intérêt légitime du patient au cours de ses démarches d'assurance, ainsi qu'à la déontologie des rapports que les médecins se doivent entre eux.

La situation a évolué au cours des dernières années sous plusieurs influences :

- extension des conditions d'assurabilité pour des personnes naguère refusées, en tenant compte des progrès thérapeutiques, au prix d'un ajustement plus précis de leur contrat ;
- développement d'un service médical au sein des compagnies d'assurances ;
- possibilité de transmission du dossier médical en secteur public puis également privé, à un médecin désigné par le malade ; conçue pour améliorer l'information du patient, cette possibilité risque d'être détournée, lorsque le médecin d'assurances demande à se faire désigner pour une telle transmission, ce qu'interdit l'article 46 (cf. infra).

Cette évolution a conduit l'Ordre des médecins, la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et des médecins représentant la Commission médicale du Groupement des assurances de personnes (GAP) à se rencontrer à la recherche d'un consensus.

RAPPELS

Secret médical et intérêt des malades

Le secret médical est d'ordre public. C'est le symbole du respect que le médecin doit avoir pour le patient et que la société doit avoir pour l'individu. C'est encore une obligation morale et une institution juridique depuis 1810. Il est " institué dans l'intérêt des malades ", comme le précise le code de déontologie (article 4) dans sa version actuelle (1995). C'est un moyen, et non une fin, destiné à protéger l'intimité des personnes se confiant à un médecin, par là assurées que leurs confidences resteront secrètes et peuvent donc être révélées pour permettre au médecin d'intervenir de façon pertinente.

Ce secret médical " est subordonné " à l'intérêt légitime des malades comme en témoignent les dérogations autorisées par la loi quand cet intérêt particulier est en jeu : accident du travail et maladies professionnelles, pension civile et militaire de retraite, ... Il s'agit d'un intérêt légitime tenant compte de principes généraux de justice et de santé publique, d'où certaines possibilités de déclarations (maladies contagieuses au médecin de la DDASS ...), de signalement (malades mentaux et alcooliques dangereux) ou de dénonciations (sévices ou privations sur les mineurs, violences sexuelles ...)

Assurances de personnes

Elles sont personnelles, soit obligatoires, soit facultatives et volontaires. Elles répondent aux besoins de prévoyance nécessaires ou utiles de la population. Elles sont devenues indispensables pour effectuer certaines démarches courantes de la vie socio-professionnelle (emprunt, retraite, etc.). Elles sont contractuelles entre deux parties signataires : le souscripteur et l'assureur pour qui les termes du contrat font la loi des parties. A ce titre, elles ne relèvent ni de la solidarité sociale (assurance sociale) ni de la philanthropie. Pour respecter à la fois les équilibres financiers de l'assureur et l'intérêt des assurés, le montant de la prime est fonction de la nature et du niveau du risque garanti par l'assureur.

Concernant la santé, les progrès thérapeutiques accomplis ces trente dernières années ont considérablement amélioré le pronostic de nombre de maladies. Dans ces conditions, pour faire bénéficier les souscripteurs de cette évolution favorable, les assureurs sont amenés à réclamer des renseignements médicaux précis. Pour bien intégrer le risque santé dans le risque couvert et garanti par l'assureur, cette exigence fait intervenir des médecins d'assurances qui restent soumis au principe du secret professionnel. Ils ne doivent transmettre à leur organisme mandant qu'un avis technique sur les conditions d'assurabilité du souscripteur résultant de son état de santé, sans avoir à dévoiler la nature de leurs constatations ni les motivations de leur avis (arrêts de la Cour de cassation, Chambre criminelle, 17 mai 1973 ; 1ère Chambre civile, 6 janvier 1998). L'article 104 du code de déontologie prescrit que le médecin chargé d'une mission de contrôle ne doit transmettre que " ses conclusions sur le plan administratif ". Cette disposition semble s'appliquer, aussi, aux médecins d'assurances.

Information des assurances

Les assureurs ont besoin d'informations médicales, notamment dans les trois circonstances suivantes :

- lors de la conclusion d'un contrat d'assurance-vie, il s'agit d'évaluer le plus sûrement possible le risque à couvrir en fonction de l'état de santé du souscripteur (déclaration de santé et si nécessaire bilan médical, articles 112-3 et 113-2 du code des assurances) ;
- lors du règlement, à la suite d'un accident, d'un dommage corporel, il s'agit d'estimer le préjudice découlant d'une invalidité ou d'un décès ;
- lors du versement à des ayants droit d'un capital-décès, il s'agit de déterminer la cause de ce décès.

Dans cette recherche d'informations, assureur et assuré peuvent avoir des intérêts convergents, comme lorsqu'il s'agit de mettre au point un contrat équilibrant au mieux coût et prestations. Ces intérêts peuvent aussi se trouver antagonistes lorsqu'est en discussion le montant des primes ou celui de l'indemnisation, et plus encore lorsqu'il s'agit de l'application des clauses d'exclusion de certains risques.

Pour la collecte et l'interprétation de ces renseignements les compagnies d'assurances disposent d'un personnel spécialisé, les médecins d'assurances qui s'acquittent pour leur compte de tâches d'examen, de contrôle, d'expertise et de conseil.

Pour obtenir les informations médicales qui leur paraissent nécessaires ils s'adressent d'abord à l'assuré en lui demandant de répondre à des questionnaires qui, lorsqu'il s'agit de couvrir certains risques, peuvent être complétés par des examens cliniques ou biologiques ou par des tests sérologiques.

Mais ils peuvent aussi avoir besoin, soit pour ajouter aux informations ainsi obtenues, soit pour les contrôler, d'un contact avec le médecin traitant (demande de certificat ou de pièces médicales) ou le service hospitalier (demande d'accès au dossier médical).

Enfin, et c'est l'*ultima ratio* des compagnies d'assurances, il leur est possible de recourir à des expertises amiables ou judiciaires qui doivent se dérouler dans le respect des règles de confidentialité rappelées aux articles 107 et suivants du code de déontologie médicale.

L'usage du *questionnaire de santé* ne se heurte pas en principe à l'obstacle du secret médical, l'assuré étant maître de divulguer, surtout si c'est son intérêt, toute information sur son propre état de santé.

Mais dans la mesure où il s'agit d'informations médicales transmises à un médecin, ce dernier est lié par le secret médical et ne peut les communiquer à sa compagnie (Cour de cassation, Chambre criminelle, 17 mai 1973 ; Cour d'appel de Toulouse, 7 mars 1975 ; 1ère Chambre civile, 6 janvier 1998). Il ne peut lui donner qu'un avis technique sur les conséquences financières de l'état

de santé de l'assuré au regard de la police souscrite ou à souscrire, sans avoir à préciser la nature des constatations médicales ni les motivations de cet avis.

Le procédé du questionnaire, toutefois, ne peut suffire, l'assuré n'étant pas toujours en mesure de fournir l'information médicale réclamée, soit qu'elle ne lui ait pas été révélée, soit qu'il en comprenne mal le sens et la portée. D'autre part, volontaire ou non, une erreur peut entacher sa réponse qui peut donc appeler un contrôle.

D'où la propension de l'assureur et de son médecin à se tourner vers le médecin ou le service traitant et de leur réclamer un *certificat* ou l'*accès au dossier* du patient.

Mais là, on se heurte d'emblée au secret médical. L'article 226-13 (ex 378) du nouveau code pénal et l'article 4 du code de déontologie font interdiction au médecin traitant comme au praticien hospitalier de communiquer un diagnostic ou quelque renseignement médical que ce soit à un assureur ou à son médecin et de leur adresser directement un certificat ou un extrait de dossier portant sur l'état de santé d'un assuré.

Aucune dérogation légale, explicite ou même implicite, au secret professionnel n'est intervenue en faveur des compagnies d'assurances¹. Cette proposition n'a pas reçu de suite.. Et l'échange d'informations entre médecins avec l'accord du patient qui constitue ce qu'on appelle le " secret partagé " est totalement prohibé dans les rapports entre le médecin traitant de l'assuré et le médecin de l'entreprise d'assurances. Le médecin-conseil d'un organisme mutualiste lui a d'ailleurs été assimilé, distingué en cela du praticien-conseil de sécurité sociale, par une lettre ministérielle du 15 février 1990, arguant du fait que " la mutuelle ne gère pas un régime obligatoire de sécurité sociale ".

La jurisprudence voit dans un tel échange d'informations une atteinte formelle au secret médical (Cour de cassation, Chambre criminelle ... 1913). Mieux encore, elle traite comme nul et dénué de toute valeur probante tout certificat délivré directement par un médecin traitant à une compagnie d'assurances (tribunal de grande instance de Bordeaux, 29 janvier 1987 ; Cour de cassation, 1ère chambre civile, 6 janvier 1998).

Cela ne fait pas disparaître la pratique des certificats mais oblige les assureurs et leurs médecins à demander au préalable à l'assuré de les réclamer lui-même à son médecin traitant pour les leur transmettre ensuite. Ce médecin ne peut refuser la délivrance d'un tel certificat en invoquant une prétendue obligation de respecter le secret professionnel. Le seul fondement qui puisse justifier une réticence ou plutôt une circonspection de sa part est l'article 35 du code de déontologie, s'il juge que son patient doit être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave.

Par ailleurs, le législateur (loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques) a pris bien soin de noter que lorsque l'organisme d'assurances entend refuser la prise en charge des suites d'une maladie contractée avant l'adhésion au contrat, il lui

incombe d'apporter la preuve de l'antériorité de cette maladie dans le respect du secret professionnel.

La rigueur de ces principes s'accommode néanmoins d'un certain nombre d'aménagements.

Certains sont apparus à propos des *demandes de renseignements sur des patients décédés* et notamment sur la cause de leur mort.

Le secret professionnel ne s'arrête pas à la mort et son respect s'impose au-delà, mais le refus de réponse du médecin traitant aux ayants droit du défunt est ressenti par ces derniers comme une entrave à l'exercice de leurs droits au profit d'une protection de la personne qui paraît moins nécessaire lorsque celle-ci est décédée.

Il a donc été admis assez facilement que le médecin traitant pouvait, sans violer le secret médical, répondre à l'assureur que " la mort est étrangère aux risques exclus par la police qui lui a été communiquée ". De même, des décisions de jurisprudence ont autorisé le médecin traitant à révéler à l'assureur la cause du décès lorsque le défunt l'avait stipulé (Cour d'appel de Paris, 2 février 1963), et lorsque c'est la condition absolue pour permettre aux ayants droit de faire valoir leurs droits (Cour d'appel de Paris, 21 décembre 1964). Un arrêt de la Cour de cassation (1ère Chambre civile) du 9 juin 1993 a même admis qu'un certificat se bornant à énoncer que de son vivant le défunt suivait un traitement médical, directement adressé par le médecin à l'assureur, pouvait être valablement produit par ce dernier sans qu'on puisse légitimement s'y opposer en invoquant le secret médical. Mais un arrêt plus récent de la même juridiction en date du 6 janvier 1998 paraît contredire cette jurisprudence en interdisant toute remise directe de renseignements du médecin traitant au médecin d'assurances.

Un autre problème s'est posé et se pose encore aujourd'hui avec acuité à propos de *l'accès au dossier médical de l'assuré*.

Lorsque celui-ci est ou a été traité dans un établissement de soins public ou privé, l'assureur et son conseil peuvent être amenés à vouloir prendre connaissance de son dossier médical afin d'établir avec certitude la nature d'une affection, la consistance d'un traitement, l'existence d'antécédents ou la cause d'un décès.

En principe, le secret professionnel fait tout autant obstacle à la communication des informations de ce dossier à un assureur ou à son médecin que lorsqu'il s'agit de la délivrance d'un certificat médical.

Encore faut-il composer avec les règles propres qui régissent l'accès aux dossiers médicaux.

La loi du 17 juillet 1978 modifiée sur l'accès du public aux dossiers administratifs confère aux dossiers médicaux tenus dans les hôpitaux du secteur public la qualité de documents administratifs de caractère nominatif et

ouvre à la personne concernée, c'est-à-dire au patient, un droit d'accès par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne à cette fin (article 6 bis).

La même formule se trouvait déjà dans la loi du 6 janvier 1978 sur l'informatique et les fichiers qui ouvrait elle aussi un droit d'accès aux intéressés qui figurent sur un fichier médical par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné par eux à cet effet (article 40).

Par ailleurs, un arrêt du Conseil d'Etat du 22 janvier 1982, Beau de Loménie, rendu dans une affaire de recherche de responsabilité, a admis que si le dossier médical d'un patient mort à l'hôpital ne pouvait, en raison du secret médical, être communiqué à sa veuve, il pouvait toutefois l'être au médecin qu'elle désignait à cet effet.

Cette formule de la communication " médiatisée " à travers un médecin désigné par le patient et même par ses ayants droit, a connu un grand succès et a été reprise depuis lors dans les lois hospitalières et leurs décrets d'application.

Leur dernière expression se trouve :

- dans l'article L. 710-2 du code de la santé publique issu de la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : " Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande et par l'intermédiaire du praticien qu'elles désignent, les informations médicales contenues dans leur dossier médical. "

- et dans le décret du 30 mars 1992 relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés (article R. 710-2-2) : " La communication du dossier médical intervient, sur la demande de la personne qui est ou a été hospitalisée ou de son représentant légal, ou de ses ayants droit en cas de décès, par l'intermédiaire d'un praticien qu'ils désignent à cet effet. "

Ces textes et cette jurisprudence ont ainsi suscité l'apparition d'un nouveau personnage, le " médecin intermédiaire " qui a accès au dossier et détient pour le compte du patient les informations médicales couvertes par le secret.

D'où, pour le médecin d'assurances, la tentation d'ouvrir un dialogue avec ce confrère pour obtenir de lui les renseignements qu'il cherche, dialogue que la déontologie en son état actuel n'autorise pas, le " médecin intermédiaire " ne pouvant communiquer ces informations qu'à son patient et nullement à un tiers, fût-il médecin.

En outre, certaines entreprises d'assurances ont estimé qu'elles pouvaient aller plus loin et demander à l'assuré, au moment de la souscription du contrat, de désigner à l'avance un médecin qui aurait mandat de consulter son dossier médical et de pratiquer des échanges d'informations médicales, le cas échéant avec le médecin de la compagnie d'assurances. Mieux encore, la prétention a été exprimée de voir désigner directement par l'assuré le médecin d'assurances lui-même comme le praticien mandaté à prendre connaissance du dossier.

Il faut reconnaître qu'à les prendre à la lettre les textes législatifs et réglementaires qui viennent d'être cités, tout comme l'arrêt Beau de Loménie, ne paraissent pas s'y opposer. Le médecin d'assurances est un médecin et l'assuré ou son ayant droit a toute liberté pour choisir le médecin qu'il désigne ...

Mais la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés et le Conseil national de l'Ordre des médecins, consultés sur ce point depuis 1988, ont clairement manifesté leur opposition à de telles pratiques qui selon eux constituent un détournement de l'application de la législation sur l'accès au dossier médical et une violation de la déontologie.

Par ailleurs, dans la rédaction que lui a donnée le décret du 6 septembre 1995, l'article 46 du code de déontologie impose au médecin désigné comme intermédiaire de se récuser si l'accès au dossier met en jeu ses intérêts. Tel est bien le cas d'un médecin qui agit à la demande et pour le compte d'une compagnie d'assurances ou d'un médecin de " recours " qui a un intérêt direct à la solution du litige que lui confie un patient et qui pourrait faire l'objet de poursuites disciplinaires s'il ne se récusait pas.

Enfin, la Cour d'appel de Lyon, le 4 septembre 1997, a confirmé que le médecin d'assurance qui s'était fait désigner par les ayants droit d'un patient décédé ne pouvait recevoir communication du dossier et a infirmé l'ordonnance du juge des référés qui avait enjoint à un établissement hospitalier de lui transmettre ce dossier.

PRATIQUE

Transmission d'informations

1. Lors de la *souscription d'une assurance dite " de personnes "* des informations médicales sont demandées par la compagnie d'assurances et donc réclamées par le patient à son médecin traitant. Ce dernier peut remplir une partie réservée d'un formulaire général en l'absence de problème particulier. Mais ce formulaire reviendra à l'administration. En toute hypothèse, il est donc préférable que le médecin traitant établisse un certificat médical particulier, éventuellement accompagné de pièces médicales qu'il remettra en mains propres au patient. Ce dernier est libre de l'utiliser comme il l'entend ou comme cela lui a été indiqué. Dans ces conditions, il risque de l'adresser à la compagnie d'assurances sans précaution. Il paraît en conséquence souhaitable que le médecin traitant attire son attention sur la nécessité d'adresser ces documents exclusivement au médecin ou au service médical de l'assurance, de préférence avec une boîte à lettres spécifique, qui devront en garantir la confidentialité. L'article 35 du code de déontologie précise que " Toutefois dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience, un malade peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic graves, sauf dans les cas où l'affection dont il est atteint expose les tiers à un risque de contamination. " Il en résulte qu'un tel certificat et les pièces l'accompagnant pourraient, à titre exceptionnel, être

transmis directement, sous pli confidentiel, au médecin de l'assurance après demande, écrite de préférence, du malade.

Le médecin traitant sollicite *peut*, et non pas *doit*, remettre un tel certificat. Son refus viendrait principalement du fait que ledit certificat n'interviendrait pas dans l'intérêt du malade. Il reviendrait alors au médecin d'expliquer au patient qu'il ne peut produire un tel certificat, le malade n'ayant pas le pouvoir de le libérer du secret médical. Le refus de transmission entraînera le refus d'accorder le contrat d'assurance, alors que la déclaration d'une maladie préserve l'accès à l'assurance, dans la majorité des cas, au prix d'une modulation de la prime. L'appréciation du médecin découlera du code de déontologie : article 50 : " Le médecin doit, sans céder à une demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit." ; article 28 : " la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite. " Les faux certificats, y compris par omission, sont sévèrement réprimés par l'article 441-8 du nouveau code pénal.

L'apparition de l'épidémie de sida, le développement d'autres maladies liées à des virus (hépatites ...) de même que les progrès du dépistage génétique permettent de mieux en mieux d'identifier des personnes présentant un risque particulier. La demande d'une sérologie pour le VIH ne doit pas être systématique ; elle est laissée à l'appréciation du médecin d'assurances (compte tenu des déclarations faites par le futur assuré dans le questionnaire de santé, ou après examen clinique) ; les compagnies d'assurances s'engagent à ne pas y recourir trop souvent mais elle peuvent être amenées à envisager de tenir compte d'autres renseignements personnels vis-à-vis desquels un accord devra être trouvé pour l'ensemble de la société. La Convention signée le 3 septembre 1991 entre l'Etat et les professionnels de l'assurance a prévu l'interdiction de toute référence à la vie privée et à la sexualité dans les questionnaires médicaux (code de bonne conduite) et la possibilité de demander un test de dépistage du VIH avec l'accord préalable de l'assurable ; le contrat garantit aux séropositifs le remboursement du prêt immobilier contracté (surprime) avec un plafond d'un capital garanti de 1 million de francs ; cette convention instituait un comité de suivi de son application. En avril 1994, les compagnies d'assurances se sont engagées à ne pas recourir aux empreintes génétiques avant l'an 2000.

2. *Après accident ou coups et blessures, survenue d'une maladie qualifiée* (dans ce cas la date des premiers signes et des premières constatations médicales est nécessaire) *ou plus généralement sinistre* (réalisation du risque), l'article 1315 du code civil, qui s'applique à l'assurance contractuelle, dispose que " celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver ". Le médecin d'assurance est alors sollicité pour constater que l'affection, cause du sinistre, ouvre droit à la prestation d'une garantie souscrite dans le contrat (exemple : infarctus et garantie invalidité). Cette constatation s'effectue à partir d'un certificat médical " descriptif, précis et complet " du médecin traitant. Ce dernier ne doit pas répondre aux demandes de renseignements venues de l'administration de la compagnie d'assurances. Mais il peut (et souvent il doit) délivrer au blessé, si celui-ci le lui demande, un certificat descriptif des lésions, certificat que le blessé a

le loisir de remettre, ou non, au médecin de la compagnie. Si le blessé ou le malade est inconscient ou lorsqu'il est décédé, on admet que ce certificat puisse être remis à la famille (Conseil national de l'Ordre des médecins, octobre 1980).

L'expertise médicale est assez souvent nécessaire pour établir, notamment, le taux d'incapacité résiduel. Le médecin d'assurances doit vérifier, ce faisant, que les dispositions médico-contractuelles du contrat sont respectées : engagements de l'assureur et de l'assuré (conditions d'application des garanties de l'assureur : déclarations de l'assuré, etc.). Il doit enfin évaluer en quantité et durée les conséquences financières du sinistre engageant l'assureur.

Dans tous les cas, certificat ou autres pièces médicales, remis au patient ou à ses ayants droit doivent être adressés précisément au médecin de l'assurance, de préférence identifié, au service médical, bénéficiant si possible d'une boîte postale particulière, cela pour éviter toute effraction de documents confidentiels. Il revient au médecin d'assurances de faire respecter, par son entreprise, le secret dont il devient dépositaire (article 72 du code de déontologie).

Le dossier médical est rarement indispensable au cours des démarches d'assurance. (Quand c'est le cas, c'est souvent le fait des opérations d'expertise médicale.) Les informations nécessaires à échanger doivent être limitées aux pièces médicales " pertinentes, adéquates et non excessives " selon la formule de l'article 5 de la convention du Conseil de l'Europe, reprise par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés : compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, anatomo-pathologie, certificats médicaux consciencieux, etc. Utile, cette information doit permettre au médecin d'assurances d'évaluer le risque de l'assuré, de connaître éventuellement l'affection en cause, son diagnostic précis et son historique. Les certificats médicaux sont à la charge du patient, hors convention et contre honoraires mesurés.

3. Cette formulation prend toute sa valeur *lorsque le malade est décédé*. La demande sera alors exprimée par ses ayants droit vis-à-vis desquels joue le secret médical, ce qui peut inciter le médecin d'assurances à prendre un contact direct avec le médecin traitant. Dans ce cas, ce dernier peut rédiger un certificat, indiquant seulement si la cause de la mort était étrangère aux risques exclus par la police d'assurance, en général ou en particulier. Dans tous les cas, la pertinence du certificat médical sera meilleure si le médecin traitant connaît les indications figurant dans la police d'assurance ou éventuellement précisées par le médecin d'assurances.

Le même praticien ne peut pas intervenir, pour un certificat donné, à la fois comme médecin traitant et médecin chargé du contrôle (l'article 100 du code de déontologie).

Les *écueils* seraient :

1°) *pour le médecin traitant*

§ de se retrancher systématiquement derrière le secret professionnel pour ne pas produire un certificat médical ou des pièces médicales allant dans le sens de l'intérêt légitime du malade ou de ses ayants droit ;

§ de répondre directement à une demande de renseignement d'un médecin d'assurances, en l'absence de demande explicite et de l'accord du patient

qui sont indispensables ;

§ de révéler au malade ou à ses ayants droit, à l'occasion d'une telle information, une indication qui n'a pas encore été ou qui ne doit pas leur être communiquée ;

§ de faire une fausse déclaration par indication erronée, omission intentionnelle, imprécision ou ambiguïté ;

§ de faire un certificat exhaustif et " excessif " ou de remettre au malade ou de transmettre au médecin d'assurances des pièces médicales inutiles, non pertinentes ;

§ de transmettre directement un certificat médical ou d'autres pièces médicales à la compagnie d'assurances, sans passer par son médecin.

2°) *pour le médecin d'assurances*

· d'accéder à des informations concernant l'assuré en dehors des dispositions ainsi prévues ;

· de ne pas respecter le secret médical en livrant aux services administratifs de l'assurance des indications médicales qui ne doivent pas lui être communiquées ou en ne les protégeant pas convenablement.

Dans tous ces cas, le médecin en cause peut être poursuivi et condamné par les juridictions ordinale et/ou pénale.

En cas de contestation, il est possible de recourir à une expertise, par voie amiable ou judiciaire, selon les modalités habituelles.

¹ *La Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés avait envisagé (14ème rapport d'activité, 1993) l'adoption d'un dispositif juridique spécifique au secteur des assurances et permettant sous certaines conditions aux médecins d'assurances de demander au plus un certificat médical, sauf à recourir ensuite, en cas de difficultés, à une expertise, soit par voie amiable, soit par voie judiciaire*