

Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

L'ORDRE DES MÉDECINS

Rapport public thématique

Synthèse

Décembre 2019

 **AVERTISSEMENT**

Cette synthèse est destinée à faciliter la lecture et l'utilisation du rapport de la Cour des comptes.

Les réponses des administrations et des organismes concernés figurent à la suite du rapport.

Sommaire

Introduction	5
Un ordre sociologiquement peu représentatif du corps médical en activité, une gouvernance fermée	7
De grands désordres comptables et de gestion	11
Des missions administratives inégalement exercées	17
Un manque de rigueur dans le traitement des plaintes et une justice disciplinaire marquée par des dysfonctionnements ..	19
Des évolutions structurelles nécessaires	21
Recommandations	23

Introduction

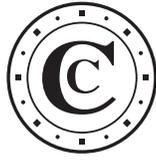
L'ordre des médecins est un organisme privé chargé d'une mission de service public. Il a été créé en 1945 par une ordonnance qui, rompant avec l'organisation de la profession médicale mise en place par le régime de Vichy, a posé le principe selon lequel il revient aux syndicats de défendre les intérêts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

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

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

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

Le contrôle mené par la Cour des comptes en 2018 a porté sur le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), mais aussi sur 46 conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM) sur 101, dont 21 ont fait l'objet d'un contrôle sur place et 8 d'un contrôle approfondi sur pièces, et sur l'ensemble des conseils régionaux de l'ordre des médecins (CROM), dont 9 ont fait l'objet d'un contrôle sur place. Les constats de la Cour ont conduit l'ordre des médecins à mettre en œuvre en 2019 quelques-unes des recommandations formulées à l'occasion du contrôle et à annoncer des mesures correctrices.



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

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

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

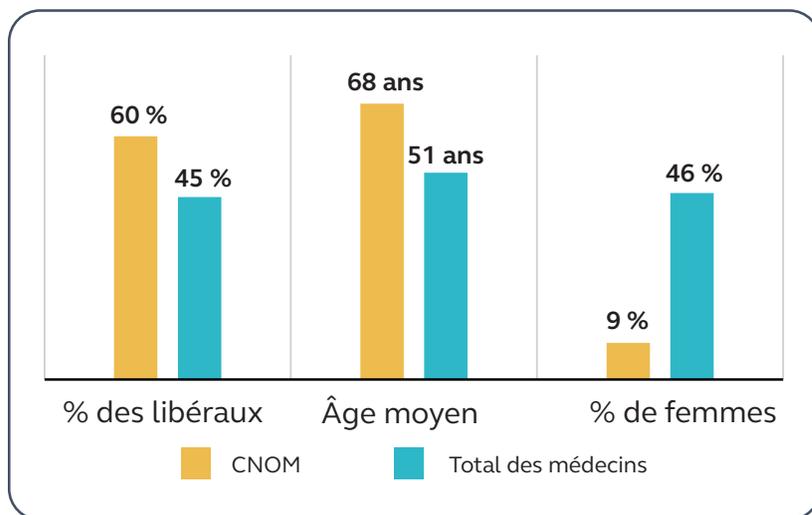
l'ordre des masseurs-kinésithérapeutes par exemple, de ne pas renouveler intégralement ses instances dès les premières élections suivant l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

La lente mise en œuvre de ces dispositions nouvelles se reflète dans sa composition et le faible renouvellement des élus, par ailleurs peu représentatifs du corps médical. L'ordre compte en effet 3 311 conseillers ordinaires mais moins d'un tiers sont des femmes (et seulement 9 % au CNOM) alors qu'elles représentent près de la moitié du corps médical et près de 60 % des médecins nouvellement inscrits à l'ordre¹. L'âge moyen des membres du Conseil national est de 68 ans contre 51 ans pour les médecins actifs. Le taux d'abstention aux scrutins ordinaires (75 %) est important et les cumuls de mandats fréquents.

¹ Études et résultats n° 1061, mai 2018, DREES.

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

Part des libéraux, âge moyen et part des femmes parmi les conseillers ordinaires du CNOM et du corps médical



Source : Cour des comptes d'après CNOM et DREES

Les fonctions ordinaires sont des fonctions bénévoles qu'il est néanmoins possible d'indemniser dans la limite de trois fois le plafond de la sécurité sociale soit 121 572 € par an².

L'esprit de bénévolat réputé animer les fonctions ordinaires est inégalement présent : si certains conseillers

perçoivent des indemnités modestes, d'autres au contraire bénéficient d'indemnités confortables³, qui peuvent être abondées par des remboursements de frais dont les justifications, au vu des investigations de la Cour, sont parfois incertaines, voire inexistantes.

² Études et résultats n° 1061, mai 2018, DREES.

³ Au CNOM, les seize membres du bureau ont perçu au total plus d'un million d'euros d'indemnités en 2017.

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

Évolution des indemnités mensuelles brutes forfaitaires des principaux membres du bureau du CNOM

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

Source : CNOM

En 2017, les indemnités (10 M€) et les frais (4,1 M€) représentaient 17 % du budget annuel réalisé de l'ordre dans son ensemble. Dans le budget

du Conseil national, les dépenses de communication et les indemnités et frais des élus ont représenté plus du quart des dépenses réalisées en 2017⁴.

⁴ Sur un périmètre de charges de 29 M€, les éléments exceptionnels de l'exercice (cessions d'actifs et dotations aux amortissements de 15,7 M€) étant déduits des dépenses réalisées totales (44 788 734 €).

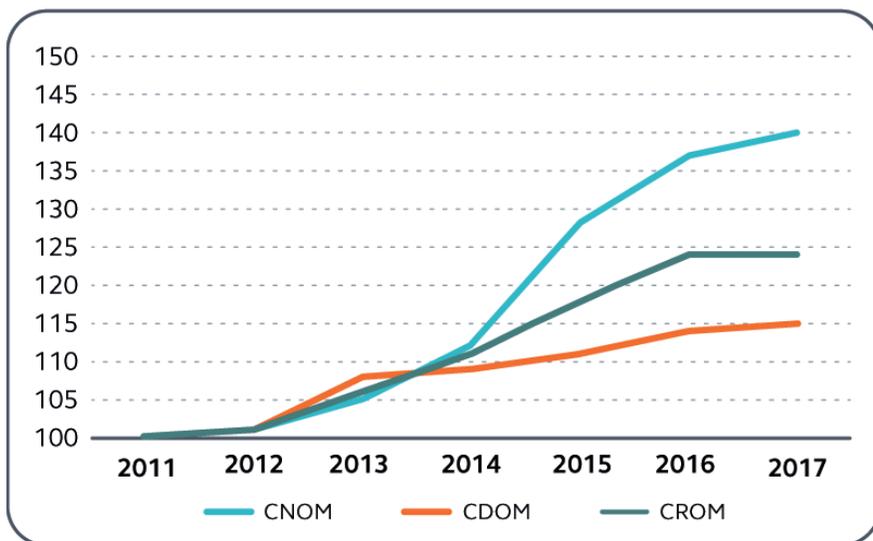


De grands désordres comptables et de gestion

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

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

Évolution des quotes-parts nationale, départementale et régionale des cotisations encaissées (base 100 en 2011)



Source : Cour des comptes, à partir de données CNOM

L'ordre, qui ne tient pas encore de comptes combinés⁵, n'a pas une connaissance exhaustive de ses ressources, de son patrimoine ou de ses réserves. À l'exception du

Conseil national, aucun conseil n'établit de bilan ni de compte de résultat selon les normes du plan comptable général. 33 % des conseils départementaux et 14 % des conseils

⁵ Ils deviennent obligatoires à compter de l'exercice 2019.

De grands désordres comptables et de gestion

régionaux contrôlés n'ont pas été en mesure de transmettre dans leur totalité les documents comptables demandés par la Cour. La comptabilité de plusieurs départements n'a pas été tenue pendant plusieurs années et l'une d'entre elles avait été détruite avant le passage de la Cour.

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

de la cotisation est inscrite directement en compte de réserves au bilan, sans passer par le compte de résultat, ce qui minore le montant des produits issus des cotisations de près de 7 %.

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

Évolution des ressources du Conseil national

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

Source : Grands livres du CNOM 2011-2017

Le Conseil national se révèle défaillant dans la mission de contrôle des conseils territoriaux et de gestion du patrimoine de l'ordre que le législateur lui a confiée. Il ne dispose pas d'un dispositif de contrôle interne et de maîtrise des risques. Le déploiement d'un même logiciel comptable, à tous les échelons de l'ordre, que la Cour appelait déjà de ses vœux lors du contrôle de 2011, n'était toujours pas achevé en 2018. Sans service de

contrôle de gestion professionnel, dont la création avait pourtant été recommandée par la Cour en 2011, l'ordre soumet les comptes des départements à une commission de contrôle composée d'élus parfois eux-mêmes responsables, au niveau local, de désordres, voire d'irrégularités.

Cette absence de contrôle, dans les départements comme au niveau national, a permis que soient tolérés,

De grands désordres comptables et de gestion

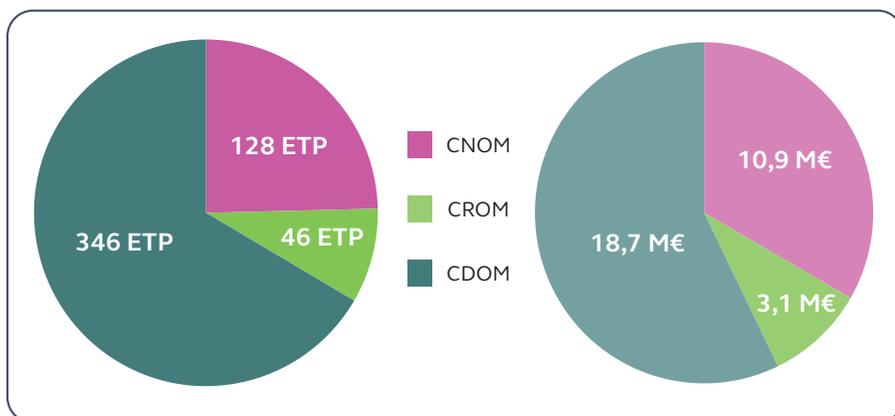
outre des achats coûteux effectués sans mise en concurrence, de fréquentes dépenses étrangères aux missions de l'ordre.

En 2018, l'ordre des médecins emploie 583 salariés (en progression de 10 % en 7 ans) qui représentent 520 équivalents temps plein (ETP) : 128 travaillent au

Conseil national, 346 dans les conseils départementaux et 46 dans les conseils régionaux.

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

Poids des CDOM, des CROM et du CNOM en ETP et en charges de personnel



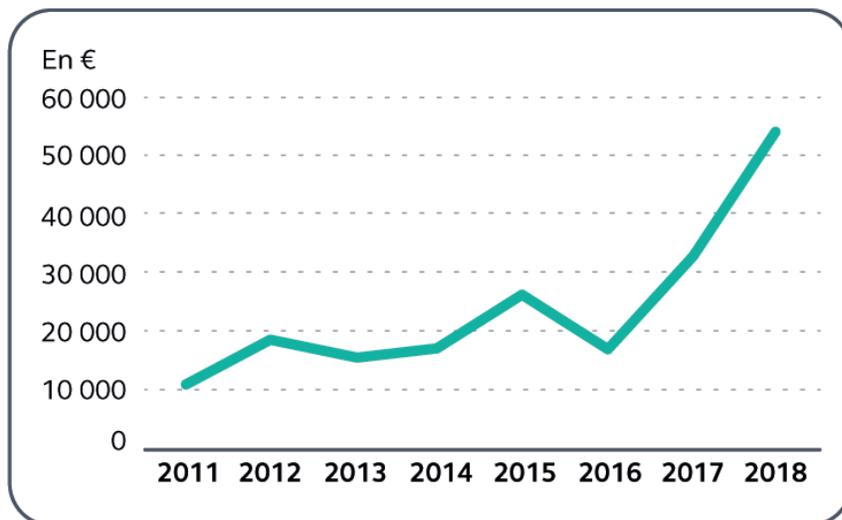
Source : Cour des comptes d'après CNOM (2018 pour les ETP et 2017 pour la masse salariale)

Les dépenses de personnel du Conseil national ont augmenté de 58 % sur la période 2011-2017. Sa politique salariale est particulièrement avantageuse : les

salaires et les primes sont élevés. *A contrario*, dans certains conseils départementaux les rémunérations peuvent être inférieures aux préconisations du CNOM.

De grands désordres comptables et de gestion

Évolution des primes au CNOM entre 2011 et 2018



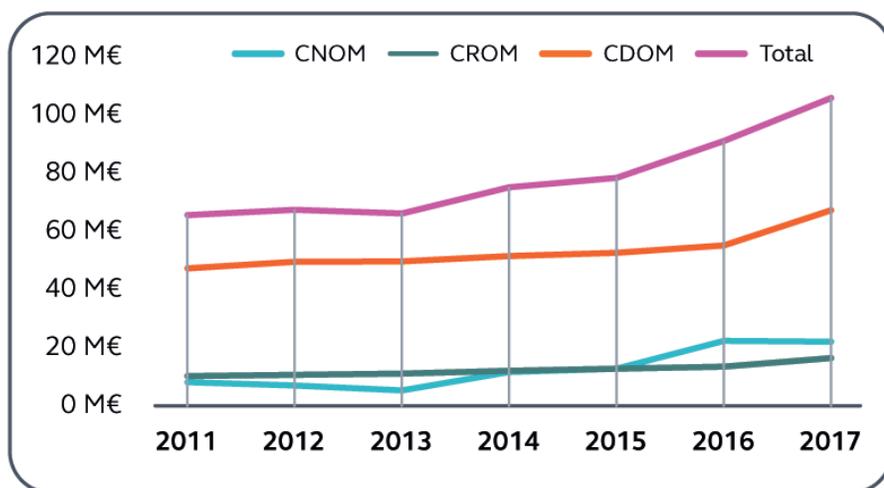
Source : CNOM, graphique Cour des comptes

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

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

De grands désordres comptables et de gestion

Évolution des disponibilités de l'ordre 2011-2017



Source : Cour des comptes d'après données CNOM

L'ordre se caractérise par une gestion peu rigoureuse et en partie opaque des fonds qui lui sont confiés par

les médecins cotisants, alors même qu'il s'investit insuffisamment dans ses missions les plus essentielles.



Des missions administratives inégalement exercées

La tenue du tableau (c'est-à-dire de la liste des médecins autorisés à exercer) est effectuée par les conseils départementaux dans des conditions correctes mais avec des outils aujourd'hui dépassés. Il s'agit d'une mission essentielle puisque nul ne peut exercer la profession de médecin s'il n'est inscrit à l'ordre. De la même façon la reconnaissance des qualifications⁶ fait l'objet d'un suivi attentif par l'ordre. L'effort de pédagogie entrepris par le Conseil national – avec la publication, sur son site, de référentiels métiers – est à saluer.

D'autres missions importantes souffrent en revanche de graves lacunes. L'ordre ne vérifie pas le respect des obligations de développement professionnel continu (DPC) par les praticiens. Cette mission visant à assurer la qualité des soins est largement perdue de vue, tant par les conseils départementaux que par le Conseil national.

La mission de détection et d'accompagnement, par les conseils régionaux de l'ordre, des praticiens dont l'insuffisance professionnelle

ou l'état de santé rend dangereux l'exercice de la médecine, souffre d'approches trop différenciées selon les conseils régionaux. Le cadre règlementaire, inadapté, doit évoluer.

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

⁶ Tout médecin inscrit au tableau peut constituer un dossier de demande de qualification en qualité de médecin spécialisé qui sera examiné par les commissions nationales de qualification de l'ordre.

Des missions administratives inégalement exercées

dispositifs médicaux respiratoires. Ces exemples montrent combien l'absence de vision globale des avantages reçus par un praticien est problématique pour apprécier les risques de perte d'indépendance encourus par les médecins.

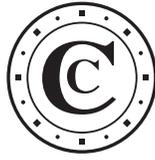
De ce fait, jusqu'en 2018 le contrôle exercé par l'ordre était largement inopérant, malgré des prises de position publiques fortes du Conseil national pour un dispositif plus exigeant. Depuis janvier 2019, cette mission de contrôle des conventions a été reprise par le Conseil national, ce qui devrait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

Par ailleurs, tous les contrats conclus par des médecins, de quelque nature qu'ils soient, dont la loi impose la transmission pour avis à l'ordre, sont examinés par les conseils départementaux de manière très hétérogène. La plupart

des conseils départementaux de l'ordre ne disposent pas en leur sein des compétences juridiques nécessaires. La gestion des demandes de remplacement de médecins, obligatoirement soumises à l'ordre, consommatrice de temps et source de retards, doit, quant à elle, être simplifiée.

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

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



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

Pour veiller au respect, par tous ses membres, de leurs devoirs professionnels édictés par le code de déontologie⁷, l'ordre est doté d'un pouvoir disciplinaire (qui ne s'applique pas toutefois aux médecins chargés d'une mission de service public, notamment hospitaliers), qu'il exerce via trois fonctions

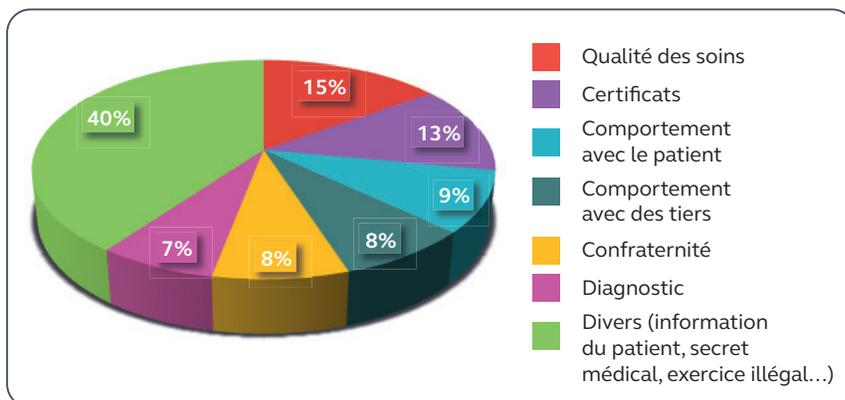
distinctes : le traitement des plaintes et signalements qu'il reçoit ou dont il peut être à l'origine, la gestion des chambres disciplinaires et celle des sections des assurances sociales (SAS), qui constituent toutes deux des juridictions autonomes relevant de l'ordre administratif et soumises à ce titre au contrôle du Conseil d'État⁸.

⁷ Le code de déontologie médicale est préparé par le Conseil national de l'ordre des médecins et édicté sous la forme d'un décret en Conseil d'État, codifié aux articles R. 4127-1 à R. 4127-112 du code de la santé publique.

⁸ Les premières jugent et sanctionnent les manquements des médecins au code de déontologie et les secondes jugent des abus et fraudes à l'assurance-maladie. La chambre disciplinaire nationale (CDN) est la juridiction d'appel.

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

Types de manquements examinés par les Commissions disciplinaires de première instance en 2017



Source : Cour des comptes d'après CNOM

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

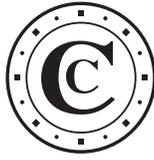
L'ensemble de ces trois missions a fait l'objet de contrôles de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2000⁹, de la Cour en 2011 et de la Mission d'inspection des juridictions administratives du Conseil d'État (MIJA) en 2013. Les trois rapports font le constat d'une hétérogénéité et parfois de carences tant dans le traitement des plaintes adressées aux conseils départementaux que dans la qualité de leur transmission aux chambres disciplinaires.

Près de vingt ans après ces premiers constats et malgré la médiatisation de plusieurs procédures où l'ordre a été mis en cause pour avoir retardé la condamnation de médecins fautifs, la situation n'a guère évolué. Les conditions d'indépendance

et d'impartialité des juridictions ordinales ne sont qu'imparfaitement réunies : l'absence de suivi des plaintes et de leurs suites au niveau national, la distinction infondée faite par les conseils départementaux entre « doléance » et plainte qui conduit à ne transmettre aux chambres disciplinaires qu'une minorité des signalements de patients, une hétérogénéité de traitement des litiges suivant les conseils départementaux, le manque de rigueur dans la gestion des conflits d'intérêts des médecins chargés de juger leurs pairs et les atteintes à l'impartialité témoignent des limites de l'activité juridictionnelle de l'ordre, même si la plupart des membres assesseurs des juridictions disciplinaires s'efforcent d'exercer ces missions avec sérieux.

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

⁹ Seul le traitement des litiges par les conseils départementaux a été contrôlé.



Des évolutions structurelles nécessaires

L'ensemble des observations sur l'exercice des missions montre que l'intérêt des patients est souvent négligé. C'est pourquoi il paraît utile de s'inspirer des dispositifs tant français qu'étrangers qui, à travers la participation des usagers et de personnalités indé-

pendantes, garantissent une meilleure démocratie sanitaire. Ainsi, à l'instar du *General Medical Council* (GMC) du Royaume-Uni, dirigé à parité par des médecins et des non médecins, l'ordre des médecins et les patients gagneraient à une gouvernance ouverte à des personnalités extérieures au monde médical.

D'autres modèles plus protecteurs des patients

Pays	General Médical Council Royaume-Uni	Collège des médecins de l' Office des professions du Québec	Conseil National de l'ordre des médecins Belgique	CNOM France
Gouvernance	> Gouvernance paritaire	> Gouvernance mixte	> Gouvernance mixte	> Gouvernance médecins
Composition	Conseil paritaire de 12 membres : 6 médecins, 6 autres membres nommés	CA composé de 15 membres : 11 médecins et 4 administrateurs non médecins	Conseil national de 16 membres : 10 médecins (élus) et 6 professeurs d'université (nommés) Le président de l'ordre est un magistrat à la Cour de cassation, les deux vice- présidents sont médecins	Un conseil national composé de 54 membres tous médecins
Évaluation de compétences	- Enregistrement provisoire valable 3 ans - Processus de revalidation tous les 5 ans - Les médecins étrangers doivent travailler dans des structures qualifiées « <i>Approved Practice Settings</i> » afin d'être régulièrement contrôlés	- Participation obligatoire à 250 heures de formation sur 5 ans - Déclaration annuelle de participation - Un programme administratif spécifique pour les risques pathologiques	ND	Absence de contrôle de l'actualisation des compétences
Procédures disciplinaires	Organe indépendant et paritaire : le MPTS - Seul habilité à se prononcer sur les inaptitudes professionnelles, suspensions ou radiations - Les décisions sont publiées sur son site internet	Conseil de discipline indépendant de 3 membres et d'auditeurs - Président, avocat nommé par le gouvernement et 2 médecins nommés par le Conseil d'administration du CMQ - Décisions de radiation publiées dans la Gazette officielle du Québec - Toutes les décisions disciplinaires accessibles sur un site internet spécifique	Chambre disciplinaire interne à l'ordre et non paritaire Pas d'obligation de publication des décisions	Chambres disciplinaires internes et non paritaires Pas d'obligation de publication des décisions

Source : Cour des comptes

Des évolutions structurelles nécessaires

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

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

Le nombre élevé des dysfonctionnements, relevés dans un nombre significatif des conseils territoriaux

contrôlés, conduit à dresser un constat préoccupant du fonctionnement et de la gestion de l'ordre ainsi que de l'exercice des missions qui lui sont confiées par la loi. Est ainsi mise en évidence une mauvaise gestion des cotisations ordinaires des médecins.

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

Recommandations

1. Centraliser au niveau national l'émission et la comptabilisation des appels à cotisation pour la totalité des cotisations appelées (CNOM).
2. Gérer les disponibilités de l'ordre au niveau national (réitérée) et utiliser les excédents de trésorerie pour baisser la cotisation (CNOM).
3. Encadrer et harmoniser les montants des indemnités versées aux élus et rendre public leur montant sur une base annuelle et nominative. Adopter un cadre clair applicable à l'ensemble des remboursements de frais et sanctionner tout écart (CNOM).
4. Mettre en place un dispositif de contrôle interne et de contrôle de gestion (CNOM).
5. Mettre en place un dispositif national de suivi et de relance des déclarations de développement professionnel continu (DPC) des médecins (réitérée) (CNOM – Ministère de la santé).
6. Permettre un exercice partiel aux médecins affectés par une infirmité ou une maladie à l'instar des dispositions applicables aux médecins reconnus en insuffisance professionnelle (Ministère de la santé).
7. Créer un portail unique mettant en cohérence les systèmes d'information « Transparence Santé » et « anti-cadeaux » (Ministère de la santé).
8. Faire de la lutte contre les discriminations dans l'accès aux soins une priorité de l'ordre et doter la commission « refus de soins » des moyens nécessaires, sur le budget de l'ordre (CNOM).
9. Modifier le code de la santé publique pour (Ministère de la santé) :
 - encadrer juridiquement le traitement des « doléances » ;
 - rendre obligatoire le dépaysement du traitement de tout signalement concernant un élu de l'ordre jusqu'à la saisine de la chambre disciplinaire de première instance ;
 - élargir les commissions de conciliation à des personnes tierces extérieures à l'ordre pour traiter les cas de plaintes formulées par les usagers ;
 - permettre aux patients de porter plainte auprès de l'ordre contre tout praticien, quel que soit son statut, à l'exception des médecins exerçant une mission d'expertise ou de contrôle.
10. Rendre obligatoire la publication des mesures nominatives de radiation ou de suspension d'exercer, le temps de la sanction, pour améliorer la sécurité des patients (Ministère de la santé).

Recommandations

11. Regrouper au Conseil national, qui serait seul doté de la personnalité civile, toutes les décisions stratégiques (*Ministère de la santé*).

12. Associer à la gouvernance du Conseil national, en tendant vers la parité, des médecins et des non médecins (personnalités qualifiées, magistrats, représentants d'association de patients, universitaires notamment) désignés par une instance indépendante de l'ordre (*Ministère de la santé*).

13. Limiter à deux le nombre de mandats successifs au sein d'une même instance (réitérée) (*Ministère de la santé*).

14. Vérifier les déclarations d'intérêt des élus ordinaires et les publier sur les sites internet des conseils de l'ordre (*CNOM*).

15. Revoir le règlement intérieur de l'ordre pour rendre obligatoire le dépaysement de l'examen des contrats d'un élu ordinal y compris avec l'industrie (*CNOM*).