HAL
open science

L'indépendance professionnelle des médecins : d'une revue de la littérature à l'élaboration d'un guide pratique avec son évaluation

Célia Franceschetti

To cite this version:

Célia Franceschetti. L'indépendance professionnelle des médecins : d'une revue de la littérature à l'élaboration d'un guide pratique avec son évaluation. Médecine humaine et pathologie. 2018. hal-03297470

HAL Id: hal-03297470

https://hal.univ-lorraine.fr/hal-03297470v1

Submitted on 23 Jul 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
2018

THÈSE
pour obtenir le grade de
DOCTEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de médecine générale
par

Célia DUGAZ épouse FRANCESCHETTI
Née le 01/03/1986 à CHERBOURG (Manche).

le 26 octobre 2018,

L'indépendance professionnelle des médecins : d'une revue de la littérature à l'élaboration d'un guide pratique avec son évaluation.

Membres du jury :

M. le Professeur P. DI PATRIZIO, président et co-directeur
Mme la Professeure E. SCHVOERER, juge
Mme le Docteur CLAUDOT Frédérique, MCU-PH, juge
M. le Docteur B. BOYER, juge
M. le Docteur J-P. SCHLITTER, juge et co-directeur

LISTE DES PROFESSEURS

12 juillet 2018

Président de l'Université de Lorraine :
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :
Premier cycle : Dr Julien SCALA-BERTOLA
Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER
Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Président de Conseil Pédagogique : Pr Bruno CHENUEL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

SIDES : Pr Laure JOLY
Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER
CUESIM : Pr Stéphane ZUILY

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume VOGIN
Commission de prospective facultaire : Pr Karine ANGIOI-DUPREZ
Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
PACES : Dr Mathias POUSSEL
Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP
International : Pr Jacques HUBERT

==========
DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========
PROFESSEURS HONORAIRES

Etienne ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE
Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT
Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE
Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET
Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD
Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Oliéro GUERCI
Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET - Michèle KESSLER - François KOHLER
Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU
Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL – Yves MARTINET Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT Francis PENIN - Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ -Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT
Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Pierre BEY - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD – Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ - Professeur Gilles GROSDIDIER Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur Michèle KESSLER - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Professeur Christo CHRISTOV
3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
2ème sous-section : *(Physiologie)*
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
4ème sous-section : *(Nutrition)*
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*
Professeure Marie MACHOUART
3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*
Professeur Henry COUDANE
4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*
Professeur Pierre FEUGIER
2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
3ème sous-section : *(Immunologie)*
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
4ème sous-section : *(Génétique)*
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie-réanimation)*
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
2ème sous-section : *(Réanimation)*
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)*
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
4ème sous-section : *(Thérapeutique ; addictologie)*
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie ; addictologie)*
Professeur Bernard KABUTH
5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*
Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX
3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)*
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie ; addictologie)*
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
2ème sous-section : *(Cardiologie)*
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)*
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
3ème sous-section : *(Néphrologie)*
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
4ème sous-section : *(Urologie)*
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)*
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
3ème sous-section : *(Médecine générale)*
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
1ère sous-section : *(Pédiatrie)*
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
4ème sous-section : *(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)*
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*
Professeure Muriel BRIX

==========
PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL
Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE
1ère sous-section : *(Anatomie)*
Docteur Bruno GRIGNON
2ème sous-section : *(Histologie, embryologie et cytogénétique)*
Docteure Chantal KOHLER

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE
1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Docteur Damien MANDRY

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION
1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
2ème sous-section : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE
1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)
Docteure Anne DEBOURGOGNE

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ
1ère sous-section : ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
2ème sous-section ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
3ème sous-section ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE
1ère sous-section : ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
2ème sous-section : ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
4ème sous-section : ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE
2ème sous-section : ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
3ème sous-section : ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
4ème sous-section : ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE
1ère sous-section : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
3ème sous-section : ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
4ème sous-section : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE
3ème sous-section : ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE
1ère sous-section : ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE
2ème sous-section : (Chirurgie générale)
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
3ème sous-section : ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION
5ème sous-section : ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU
1ère sous-section : ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========
MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES
Monsieur Vincent LHUILLIER

7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES
Madame Christine DA SILVA-GENEST

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE
Madame Joëlle KIVITS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Christophe NEMOS

66ème Section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A notre président de jury, et co-directeur de thèse,

Monsieur le Professeur Paolo DI PATRIZIO,

Professeur de Médecine Générale,
Directeur du département de médecine générale,
Coordonnateur du DES de médecine générale,
Université de Lorraine.

Ancien secrétaire général du Conseil départemental de l'Ordre des médecins 54.

Vous nous faites l'honneur d'avoir dirigé ce travail, avec toute la disponibilité et les conseils nécessaires pour son aboutissement.

Vous nous faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Nous vous prions de trouver ici l'assurance de notre gratitude, pour votre engagement sans faille auprès des internes en médecine générale.

Avec notre profond respect.

A notre juge, Mme la Professeure E. SCHVOERER,

Professeure de Biologie. PU-PH.
Responsable du département de microbiologie et du service de virologie.
CHRU de Nancy.

Vous avez accepté de participer à notre jury de thèse.

Veuillez recevoir le témoignage de notre reconnaissance.

A notre juge, Monsieur le Docteur Bruno Boyer,

Docteur en radiologie.
Institut de Cancérologie de Lorraine.

Ancien président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins 54.
Vice-président du Conseil départemental de l'Ordre des médecins 54.

Vous avez été présent dès le début de ce projet au sein du Conseil départemental de l'Ordre des médecins de Meurthe-et-Moselle.

Votre engagement envers la profession est un exemple pour tous.

Veuillez trouver dans ce travail le témoignage de notre plus haute considération.

A notre juge, Madame le Docteur Frédérique CLAUDOT

Docteur en droit public, sciences politiques, MCU-PH.
Université de Lorraine.

Votre présence au sein de ce jury est un honneur pour nous.

Veuillez recevoir ici le témoignage de notre profonde gratitude.

A notre juge, et co-directeur de thèse, Monsieur le Docteur Jean-Paul SCHLITTER,

Docteur en Médecine Générale.
Secrétaire Général du Conseil départemental de l'Ordre des médecins 54.

Nous vous sommes très reconnaissants de vous compter parmi nos juges.

En espérant que ce travail, impulsé par votre souhait de soutenir et d'accompagner la profession, est à la hauteur de vos attentes.

Aux médecins, co-externes et co-internes, personnel paramédical et secrétaires que j'ai rencontré tout au long de mes études.

En souvenir de mon premier stage d'externe, en maladies infectieuses et tropicales : stage qui a marqué à tout jamais ma pratique.

A l'hôpital Marie-Madeleine de Forbach, qui m'a vue faire mes premiers pas dans l'internat, et en particulier au Dr Nathalie QUIRING, gastro-entérologue, chef de service de médecine, pour sa rigueur et son exigence, posant là les fondements d'une médecine de qualité ;

Au Dr Vanessa Philippe, pour son accompagnement sans faille, et le partage de sa passion pour les « petites bêtes », alias l'infectiologie ;

Au service des Urgences de Forbach ;

Aux médecins, en particulier le Dr Souheir MASRI, et au personnel de la Maison hospitalière St Charles de Nancy pour leur accueil et leur accompagnement le temps d'un semestre ;

A l'équipe des Urgences pédiatriques de Nancy, pour l'accueil et la qualité de l'accompagnement pédagogique et clinique ;

Aux médecins généralistes qui ont su me transmettre leur passion pour cette spécialité exigeante : en premier lieu, au Pr DI PATRIZIO, dont la rigueur et la justesse guidera à jamais ma pratique ; au Dr Denis ROZAIRE, pour son accueil au sein de son exercice ; aux Dr Eric IMBAULT et Alain CRITON, pour la confiance qu'ils m'ont accordée lors de mon SASPAS.

Aux médecins, devenus collègues, qui ont accompagné mes premiers pas de médecin remplaçant.

Et en particulier l'équipe de SOS MEDECINS 54, chez qui je découvre une nouvelle facette de la médecine générale, et le plaisir des routes départementales !

Aux patients, qui jour après jour, nuit après nuit, font grandir le médecin que je suis.

A ma famille, à qui je dédis ce travail.

A mes parents,
Pour qui l'aventure a été longue, jusqu'à ce jour tant attendu.
Voilà que les paroles innocentes de la petite fille que j'étais se réalisent enfin.
Merci pour votre soutien sans limite.

A mon époux, Olivier,
Présent depuis le début,
Merci de tenir ce rôle avec amour, courage et fidélité.

A mes enfants, Thibaut mon ainé, Anaïs ma cadette,
Bercés depuis toujours par le rythme des études, vous avez contribué à ma réussite, et à la grandeur de mon âme ;
Merci pour votre patience.
Puissiez-vous garder de ces moments parfois difficiles, l'exemple d'un engagement profond pour l'humanité.

A mes frères, belles-sœurs, nièces et neveu, oncles et tantes, cousins et cousines, et belle-famille, et tout ce petit monde …
Pour me raccrocher à des choses plus légères en votre compagnie.

A tous mes aïeux,

Partis trop tôt pour être là aujourd'hui, mais dont l'esprit nourrira à jamais ma force et mon engagement.

A mes amies.

A Emilie, pour sa présence depuis le collège, à mes côtés malgré la distance qui nous sépare entre la Lorraine et la Normandie. Attention, le champagne reprend de la partie !

A Isabelle, rencontrée à mon arrivée à Nancy. L'ECN n'aura pas eu raison de nous !

A toutes les belles personnes croisées durant ces années d'études, mais dont la vie ne nous a pas permis d'aller plus loin.

A toutes les belles personnes rencontrées ici et ailleurs, qui aujourd'hui m'accompagnent.

SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

SOMMAIRE

OBJECTIFS ……... p20

PREMIERE PARTIE : revue de la littérature

I. Les origines de l'indépendance professionnelle des médecins ……..….p23

II. Les situations à risque de perte d'indépendance ……..……..p37

DEUXIÈME PARTIE : élaboration d'un guide pratique et son évaluation

I. INTRODUCTION ……..……..p66

II. MATERIELS ET METHODES ……..……..p69

III. RESULTATS ……..……..p71

IV. DISCUSSION ……..……..p81

BIBLIOGRAPHIE ……..……...p93

ANNEXES ……..…….p96

GLOSSAIRE ……..……..……..….p126

RESUME ……..…….p127

OBJECTIFS

L'indépendance professionnelle des médecins, pilier de la profession, fait, à elle seule, l'objet d'un article dans le code de déontologie médicale, dans sa version actuelle.

L'article 5 (article r.4127-5 du CSP) dit : « Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit. »

Article court, pour un principe aussi fondamental de l'exercice de la médecine.

Nous allons dans un premier temps rechercher les origines historiques de cette notion d'indépendance, comprendre son sens et analyser sa place dans la médecine actuelle.

Nous analyserons comment, au quotidien, le médecin doit adapter sa pratique, dans les situations les plus courantes dans lesquelles son indépendance peut être menacée.

Ensuite, nous étudierons la pertinence d'un guide pratique afin d'accompagner les médecins dans leur pratique, et nous évaluerons ce guide.

PREMIERE PARTIE : revue de la littérature

Introduction ……..……..p22

I. Les origines de l'indépendance professionnelle des médecins

A. Les regroupements professionnels et la naissance de l'Ordre des Médecins.p23

B. Du serment d'Hippocrate au Code de Déontologie médicale …….……..p25

Conclusion ……..……...….p36

II. L'indépendance professionnelle au quotidien …….……p37

A. Vis à vis du patient et de sa famille ……..……..p38
B. Vis à vis d'un confrère ……..……p42
C. Cas du médecin salarié ……..……p44
D. Cas du médecin en formation ……..……...p48
E. Cas du médecin du travail ……..……....p49
F. Médecin de contrôle ……..……....p50
G. Vis à vis des centres payeurs et du médecin-conseil ……..……..p51
H. Vis à vis des forces de l'ordre et des autorités judiciaires ……..……...p57
I. Vis à vis des laboratoires pharmaceutiques, recherche clinique ……p59

Conclusion ……..…….. p64

Introduction

La première partie est issue d'une revue de la littérature.

Les mots-clés retenus ont été :

- histoire de la médecine
- déontologie médicale
- éthique médicale
- indépendance professionnelle
- responsabilité disciplinaire
- relation médecin-malade

La recherche documentaire a eu lieu de janvier 2016 à août 2018.

La recherche a d'abord eu lieu sur internet, avec les moteurs de recherche suivants :

- Doc'CISMeF, outil de recherche en santé
- PubMed, US National Library of Medicine
- LiSSa (Littérature Scientifique en Santé)
- ULYSSE (moteur de recherche de la bibliothèque universitaire de Lorraine)
- Medic@ (Bibliothèque numérique Paris Descartes)
- Sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM)
- Sur le site internet de LEGIFRANCE

Puis à la bibliothèque universitaire de la faculté de médecine de Nancy pour les ressources non disponibles en version numérique.

I. Les origines de l'indépendance professionnelle des médecins

Le code de déontologie médicale est l'œuvre du conseil national de l'ordre des médecins (CNOM).

Dans l'histoire de la médecine, d'autres regroupements professionnels, et la rédaction de textes, peuvent se rapprocher de cette volonté de codifier et d'accompagner la profession.

A. Les regroupements professionnels et l'histoire de l'Ordre des médecins [1, 2, 3]

Du monde antique à la veille de la révolution française, il a existé plusieurs regroupement professionnels de médecins, allant des *Hétairies* en Grèce antique, des *Collegia* en Rome antique, des associations de *Medici* et *d'Unctores* en Gaule romaine, aux *confréries* du XII siècle, puis aux *corporations* au XVIII siècle.

Lors de la Révolution Française, les corporations sont dissoutes par la *loi Le Chapelier* des 14 et 17 août 1791, laissant la place au libre exercice de la médecine, et ouvrant la voie aux problèmes de charlatanisme.

En 1845, lors du « Congrès médical de France », auquel près de 2000 médecins participent, le principe de discipline corporative, fondement de l'ordre des médecins, est évoqué.

De manière contemporaine, conformément au rapport du congrès médical de 1845, est voté en 1847 par la Chambre des Pairs un projet de loi instituant dans chaque département un « Conseil Médical » et une « Chambre disciplinaire des Médecins ».

La révolution de 1848 reportera ce projet.

En 1901, sont initiés les conseils de famille : instances locales de conciliation et d'arbitrage, et les assemblées générales disciplinaires en seconde instance.

Le développement des syndicats de médecins au niveau local alimente les projets d'un Ordre national, organisé autour de filiales locales, et d'une déontologie commune.

En 1928, la première proposition de loi est déposée à la Chambre par le député Ernest Couteaux.

Il propose la création d'un Ordre des médecins qui *« assainirait la profession et relèverait son niveau moral ».*

Durant les années 1930, plusieurs auteurs reprennent ce qui seront les fondements de cette institution : obligation d'inscription, organisation territoriale au niveau départementale, élections des représentants.

Au niveau législatif, plusieurs ajustements de texte retardent l'adoption.

La crise sociale de 1936, puis la seconde guerre mondiale repoussent une nouvelle fois le projet.

En 1940, durant le gouvernement de Vichy, un Conseil Supérieur de l'Ordre est créé.

Les principes d'organisation départementales, et d'élections des membres ne sont pas retenus.

Un responsable fut nommé : le Pr Leriche.

En 1942, la "nomination" fut remplacée par l'élection des conseillers par les médecins.

En octobre 1943, une ordonnance du Gouvernement provisoire de la République française basé à Alger, annule les dispositions prises par le gouvernement de Vichy, mais le principe de l'Ordre est maintenu.

A la fin de la guerre, en août 1944, l'Ordre est dissous.

Un ordre provisoire est créé en décembre 1944.

C'est le 24 septembre 1945, par ordonnance signée par M. Billioux, ministre de la santé dans le gouvernement du Général de Gaulle, qu'est créé l'ordre des médecins. (4)

Dans cette ordonnance est donné pour mission à l'Ordre des Médecins de *« veiller au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie ».*

L'ordre dispose, pour ce faire, d'une juridiction disciplinaire, indépendant des tribunaux nationaux.

B. Du serment d'Hippocrate au Code de Déontologie médicale

En parallèle à ces regroupements professionnels, des textes sont rédigés, reprenant les devoirs moraux du médecin.

A partir de la thèse de Franck Di-Candia [(5)], nous avons cherché à extraire des textes historiques présentés de manière chronologique, les éléments évoquant la notion d'indépendance professionnelle.

Les premiers textes qui régissent la pratique médicale sont, pour la majorité, l'oeuvre des premiers médecins.

On y retrouve souvent des références religieuses, qui diffèrent selon les croyances de l'auteur.

Dès les premières productions émises, la notion d'indépendance professionnelle se dessine.

Le code d'Hammourabi, texte juridique babylonien daté d'environ 1750 av. J.-C., est le premier texte qui établit des règles juridiques générales, sans référence religieuse, et introduit pour certains professionnels, dont les médecins, la notion de responsabilité médicale, avec faute et sanction (article 218) :

«Si un médecin a fait une blessure (incision) grave sur un notable avec une lancette de bronze et l'a fait mourir ou bien a ouvert la tempe d'un notable avec une lancette de bronze et lui a crevé l'œil, on lui coupera la main.».

Le Code d'Hammourabi, en introduisant la notion de responsabilité, a de fait posé les bases de l'indépendance professionnelle du médecin.

En effet, l'indépendance professionnelle est le corollaire de la responsabilité médicale. Le médecin ne peut assumer les conséquences de ses actes que s'il est lui même indépendant dans le choix de ses actes. [(6)]

Dans l'histoire de la médecine traditionnelle indienne, entre le VIII et VII ème siècles avant J-C, plusieurs ouvrages fondateurs sont rédigés.

Le serment hindou, datant de cette époque, développe des notions déontologiques.

Ainsi, Sushruta, l'un des grands médecins de cette période, décrit une personnalité qui doit *« être de bonne famille, beau, fort, rigoureux, discret, aimable, sérieux, sans prétention, gai dans l'occasion, doux, chaste, réservé, patient et familiarisé avec les science sacrées. (...) Il résistera à l'appât du gain, il sera esclave de la vérité; il soignera ses maîtres et tous ceux qui s'adresseront à lui, et son empressement auprès des malades sera sans bornes (...). »*

Le serment d'Hippocrate (IVe siècle av. J-C), texte transcendant à travers les siècles par sa haute valeur morale, comme en conclu DI-CANDIA Franck [5] énonce dans son serment original traduit par Émile Littré [7] :

« Je dirigerai le régime des malades à leur avantage,

suivant mes forces et mon jugement, ... »

La notion d'indépendance se retrouve à travers l'usage du pronom possessif, ainsi que de l'usage des termes du champ lexical qui renvoie au soi.

Bien qu'il garde des références divines, ce texte protège, pour la première fois, la médecine des influences religieuses, puisque selon Hippocrate « les maladies ont une cause naturelle et non surnaturelle ». [7, 8, 9, 10]

La profession médicale devient autonome, et le médecin indépendant.

Le Serment Grec, attribué au IV siècle de notre ère, est l'oeuvre d'un auteur byzantin inconnu.

De ce serment, citons :

« Je ne commettrai nulle action crapuleuse,

même si l'on voulait m'inciter au crime par mes dons. (...)

Je n'inciterai pas aux mauvais penchants

et ne seconderai pas par amitié des entreprises nuisibles à d'autres hommes.(...). »

Au Moyen âge, la religion reprend sa place au sein de la médecine.

Le serment médical d'Assaph [7, 11], qui porte le nom d'un médecin syrio-palestinien du VIIème siécle, est considéré avec autant d'importance que le serment d'Hippocrate.

Citons :

« (...) vous n'accepterez à aucun prix de nuire ou de détruire. (...) Vous ne vous laisserez tenter par aucune richesse et par aucune rançon pour favoriser un acte de débauche. »

Dans ces deux derniers textes, nous pouvons entrevoir les notions modernes de compérage et dessous de table, conduites à bannir pour préserver l'indépendance professionnelle du médecin.

Les universités de médecine se développent, et sont fondées par l'autorité royale ou par le pouvoir papal.

Citons la première, et la plus prestigieuse : l'école de Salerme.

Les universités veillent sur la profession et son monopole, son honneur et son indépendance, par la mise en place d'un code assurant l'indépendance de la profession : port de la robe, marques extérieures de respect, préséances.

Des textes rédigés à cette époque relèvent notre attention.

L'Ethique Médicale d'Isaac Israeli, médecin de confession juive du VIII siècle, et traduit en français par le docteur Max. Simon, a la valeur d'un véritable Code de déontologie.[12]

Au XIIème siècle, est rédigée la prière de Maïmonide [11], médecin égyptien de confession juive. La prière de Maïmonide est riche en valeur : moralité, probité, dévouement.

« (...) N'admets pas que la soif du gain et la recherche de la gloire
m'influencent dans l'exercice de mon art, (...)
Que mon esprit reste clair près du lit du malade,
qu'il ne soit distrait par aucune pensée étrangère,
afin qu'il ait présent tout ce que l'expérience et la science lui ont enseigné; (...)
Fais que mes malades aient confiance en moi et mon art,
qu'ils suivent mes conseils et mes prescriptions.
Si les ignorants me blâment et me raillent, fais que l'amour de mon art,
comme une cuirasse, me rende invulnérable,
pour que je puisse persévérer dans le vrai,
sans égard au prestige, au renom et à l'âge de mes ennemis. (...). »

Ces citations nous rappellent le fondement de l'indépendance professionnelle : un esprit sain, droit, non influençable quelque soit la contrepartie, uniquement guidée par les connaissances, et dans l'intérêt du patient.

Ainsi, se dégage l'assurance pour les malades d'une médecine garante de leurs intérêts, et une confiance pleine envers le médecin.

A la Renaissance, Amatus Lusitanus, (Jean Rodriguez de son vrai nom), médecin d'origine portugaise, et de confession juive, écrit lui aussi un serment médical (XVIème siècle). [12]

Dans son serment, arrêtons-nous sur ces lignes :

« (...) Je ne me suis pas laissé impressionner par la position élevée du malade. (...)
Dans mes diagnostics j'ai toujours exprimé ce que je ressentais réellement.
Je n'ai point favorisé de pharmacien, plus qu'il n'était juste, sauf celui qui, d'après mon jugement, s'est distingué par la connaissance de son art et la bonté de son âme. (...)

Au XVIIe siècle se démarque la prière des médecins de Jacob Zahalon, docteur en philosophie et en médecine et rabbin de la communauté juive de Rome. (12)

Cette prière, riche en connotation religieuse, se distingue par ces quelques citations pour illustrer le principe d'indépendance du médecin :

"(...) Rends-moi plus sage que mes ennemis et relève ma tête, à cause de ma sagesse,

au-dessus de mes ennemis qui m'entourent.

Fais que mes lèvres puissent exprimer clairement la science

de sorte que je puisse devenir un exemple et un modèle à leurs yeux, et que personne ne puisse s'exprimer en mal sur moi et sur mes actions.

Et si, que Dieu m'en préserve, on parle en mal de moi, que personne ne croit leurs paroles » (...)

« Seigneur, délivre-moi de la main du méchant, de la main de l'inique et de l'oppresseur (Psaumes IXXXl4).

Ne me mets en leur pouvoir même pour un court moment, pour que je ne prenne aucune part à leurs festins (Psaumes CXLI 4) pour administrer une drogue, un breuvage ou un poison qui pourrait nuire à un homme ou qui ferait avorter une femme» (Que Dieu m'en garde).

« S'il essaye de me tenter, humilie-le, délivre-moi de lui ». (Psaume XVII 13).

Là encore, dans ces deux derniers textes, une personnalité haute en valeur, non influençable autrement que par la science (et par Dieu).

Une allusion au compérage, dans le serment d' Amatus Lusitanus, est retrouvée.

En 1763, Jean Verdier publie un traité (14), dans lequel l'ensemble des règles professionnelles de l'époque y sont inscrites. Il y fait notamment un appel à la réglementation de la profession :

« Si on jette les yeux vers l'infinité d'abus qui troublent l'exercice d'un art aussi salutaire, on sera porté à croire qu'il serait utile que la médecine connût un tribunal particulier »

Le serment de Montpellier, rédigé en 1794 par le Pr Lallemand, doyen de l'école de médecine de Montpellier, a été instauré en 1804 pour les impétrants.

Ce serment, premier à être remis en vigueur après la révolution française, reprend les fondements du serment d'Hippocrate. (11)

«En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

(...) 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.(...). »

A l'époque napoléonienne, en 1806, apparaît le Code sanitaire :

« *N'exerceront les professions médicales,*
que les docteurs en médecine, en chirurgie et les officiers de santé ».

En 1810, sont édités le Code civil et le Code pénal.

L'article 378 du Code pénal donnera un fondement légal au secret médical : la violation du secret est devenue un délit pénal.

La notion de responsabilité y prend place également, 3500 ans après le code d'Hammourabi, dans les articles suivants des code pénal et civil :

- article 319 du Code pénal (version originale) [11] : *" Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence, ou inobservation des règlements, aura commis volontairement un homicide, ou en aura été involontairement la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 fr. à 600 fr. "*

- article 320 du Code pénal (version originale) [11] : *"S'il n'est résulté du défaut d'adresse et de précaution, que des blessures ou des coups, l'emprisonnement sera de 6 jours à 10 mois, et l'amende de 16 fr. à 100 fr.".*

- article 1382 du Code civil : "Tout fait quelconque, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé, à le réparer."

- article 1383 du Code civil : "Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou son imprudence"

Dans ces articles, le médecin n'est pas directement nommé, puisque cela concerne tout citoyen. Mais ces articles seront utilisés dans certains cas.

L'affaire Thouret-Noroy contre Guigne illustre cette évolution de la responsabilité médicale en France, et déclencha le premier mouvement confraternel à la défense de ce pilier fondamental de la pratique médicale. [15]

Dans cette affaire datant de 1832, le docteur Thouret-Noroy fit une saignée à M. Guigne. L'artère brachiale fut lésée, un anévrisme se forma. Un Officier de santé intervint, fit une cure de l'anévrisme mais sectionna l'artère qu'il ligatura. Une gangrène ischémique suivie d'une amputation sauva le patient, qui porta plainte contre le docteur Thouret pour maladresse et négligence.

Le docteur Thouret-Noroy fut condamné en première instance.

Le corps médical rédigea un mémoire sur la responsabilité médicale qui conclua :

« *Ce n'est pas un confrère injustement condamné qu'il s'agit de justifier* : *c'est la dignité et l'indépendance de la profession médicale qu'il s'agit de défendre. Le médecin ne reconnaît pour Juge, après Dieu, que ses pairs et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale, de la conscience* ».

Le Dr Max. SIMON, dans son ouvrage cité plus bas [13], évoque cette affaire (p539-540) : *« (...) ce que nous soutenons seulement avec l'Académie royale de médecine, et nous le croyons, avec tous les médecins honnêtes et consciencieux, c'est que, si (...) il y a eu faute, manquement aux préceptes de la science et de l'art, nul tribunal au monde n'a le droit de l'affirmer positivement. (...) et que le jour, où l'art cesserait d'être protégé par cette sorte d'inviolabilité, il n'y aurait plus de médecine possible. »*

En 1825, le mot *déontologie* prend place en France, dans la traduction de l'ouvrage intitulée « l'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science », du philosophe anglais Jeremy Bentham [11].
L'étymologie du mot *déontologie* se construit des racines grecques « logos » : doctrine et « déontos » : ce qu'il convient de faire.
La déontologie est une « doctrine des devoirs », un ensemble de règles et de devoirs, basé sur les règles éthiques en vigueur.

En 1836, Jean Cruveilhier fait un discours [16,17] « Sur le devoir du médecin », donné aux étudiants de la faculté de médecine de Paris. Il fait allusion aux principes hippocratiques à plusieurs reprises.

En 1845, lors du congrès médical de France, évoquant la création de l'Institution Ordinale, [18] le premier traité français de déontologie est rédigé, à l'initiative du Docteur Max. Simon : « Déontologie médicale, des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation ». [13] Cette version est considérée comme fondatrice. Elle reprend en fait le concept du philosophe anglais Bentham, adapté aux médecins.

La révolution de 1848 reportera le projet ordinal, jusqu'au début du XIXème siècle [19, 20].

En 1864 est rédigée la notice « Déontologie » du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié par Amédée Dechambre [21].

Cet ouvrage était la référence de l'époque.

Il écrivait : *« La déontologie est un ensemble de devoirs et de droits, mais ceux-ci trouvent inévitablement leurs fondements dans les qualités personnelles des praticiens médicaux (...) ».*

Il est mentionné les qualités du médecin : honnêteté, discrétion, modestie.

Il abordait également les relations confraternelles et le libre choix du patient et du médecin. Le secret médical, et l'interdiction de faire de la publicité y sont mentionnés.

Il posait les bases d'un Ordre des médecins, qualifiée de *« discipline collective »,* afin de cadrer la profession, et de restaurer la confiance des patients envers les médecins, en luttant notamment contre le charlatanisme.

En 1896, le docteur Joseph Grasset, de la faculté de Montpellier, publie *Quelques principes de déontologie* [24].

Dans ce texte, la dimension morale est omniprésente :

« On peut toujours contester la valeur scientifique d'un médecin,

on ne doit jamais pouvoir discuter sa haute valeur morale. »

Il reprend les différentes valeurs morales, en se détachant des influences hippocratique et chrétienne, très présentes dans les publications antérieures.

De ce fait, ce code de déontologie a eu une influence réelle sur le monde médical moderne.

Il sera repris par le syndicat de la Gironde, en 1910, qui est un des premiers à établir un code syndical. [19,20]

En 1904, le Pr. Lereboullet émet le projet de rédaction d'un code de déontologie [3], afin de cadrer la pratique médicale car, dit-il *« il n'est que temps pour tous les médecins, de bien savoir ce que la loi médicale proscrit, ce qu'elle considère comme préjudiciable aux intérêts professionnels ».*

La diffusion de ces idées se fait également par le biais de la presse spécialisée, et des enseignements facultaires.

Le programme d'enseignement facultaire incluera l'enseignement à la déontologie, sous l'impulsion de P. Legendre et J. Grasset.

En 1933, est publié par la confédération des syndicaux médicaux français (CSMF) un règlement de déontologie médicale. [22]

Ce règlement, composait de 60 articles, énumère les devoirs généraux des médecins, à l'égard de leur patient, de leurs confrères et de la science.

Déjà, l'article 2 affirmait la responsabilité individuelle et l'indépendance de tout praticien.

Ce règlement sera l'ancêtre du Code de Déontologie de 1947.

L'année 1936, et l'arrêt Mercier, marque un deuxième tournant dans l'histoire de la responsabilité médicale, avec la notion de contrat de soins et les obligations du médecin qui en découlent.

En 1940, les médecins inscrits au tableau de l'Ordre devaient prêter le premier serment rédigé par le Conseil Supérieur des médecins conformément à l'article 11 de la loi du 7 octobre 1940.

Le président du Conseil demandait :

« *Jurez-vous d'observer en toutes circonstances les règles de l'honneur médical, de subordonner vos intérêts particuliers* à *l'intérêt du malade dont vous avez la charge et aux intérêts de la santé publique.*'?

Jurez-vous de vous conformer aux préceptes du Code de déontologie dont vous avez pris connaissance? »

Le postulant, levant la main droite, répondait: « *Je le jure* ».

Avec l'ordonnance de 1945, fondatrice de l'ordre actuelle, est validé le premier Code de déontologie.

Celui-ci, rédigé en 1941, et en grande partie inspiré de la version de la CSMF, fut soumis au Conseil d'Etat 1947 et validé par le décret du 27 juin.

Les grands principes déontologiques que sont la liberté de choix des patients, le paiement direct médecin-patient et l'indépendance du médecin y étaient inscrits.

Sa publication se fera dans le premier numéro du bulletin de l'Ordre des médecins [(23)].

Une nouvelle version du serment médical est rédigée, plus étoffée que la première mais ne faisait qu'allusion au respect code de déontologie en vigueur :

" En présence du Conseil National de l'Ordre départemental, je promets et de jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux règles prescrites par le Code de Déontologie et d'observer en toutes circonstances les principes traditionnels de correction et de droiture qui y sont contenus.

A cette heure solennelle, je fais devant vous le serment d'avoir, à tout moment et en tout lieu, le souci constant de la dignité et de l'honneur du corps médical."

En 1964, un troisième serment fut adopté par le Conseil national de l'Ordre.

Celui-ci, plus complet, reprend largement les énoncés du serment d'Hippocrate [(2)].

« Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je promets et je jure de conformer strictement ma conduite professionnelle aux règles prescrites par le Code de Déontologie et aux principes traditionnels qui y sont contenus.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage illicite d'honoraire.

Admis à 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 moeurs, ni à favoriser le crime.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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. ".

En 1976, le Conseil national de l'Ordre adopte un nouveau serment, qui se rapproche un peu plus du serment de Montpellier et donc indirectement de celui d'Hippocrate:

« *Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de probité*
dans l'exercice de la médecine.
Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent
et n'exigerai jamais un honoraire au-dessus de mon travail.
Admis à 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 moeurs, ni à favoriser le crime.
Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,
je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.
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. ".

Cette version reste la référence à ce jour.

Au niveau international, le code international d'éthique médicale de l'association médicale mondiale (AMM) est adopté en 1949[25], amendé à plusieurs reprises et contient plusieurs articles reprenant cette notion d'indépendance :

"LE MEDECIN NE DEVRA jamais laisser le profit influencer son jugement professionnel libre et indépendant, et ce au plus grand bénéfice de son patient."

"LE MEDECIN DEVRA, quelles que soient ses conditions d'exercice, se consacrer en toute indépendance technique et morale à la prestation de soins de qualité avec compassion et respect pour la dignité humaine."

Le Code de déontologie médicale évoluera en parallèle aux évolutions des serments.

Plusieurs versions se sont succédées, en 1955, et 1979, voyant évoluer les parties consacrées au domaine scientifique et aux rapports confraternels.

Dans le code de 1979, l'indépendance professionnelle est mentionnée dans l'article 10.

Le code de déontologie actuel date de septembre 1995.

Il est composé de cent onze articles opposables à tout médecin inscrit à l'Ordre.

De cette version est tiré l'article 5 [26] :

« Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle
sous quelque forme que ce soit. »

Bien d'autres articles en reprennent le fondement. Ils seront détaillés dans le chapitre II de cette première partie.

D'autres bases législatives encadrent la profession.

Depuis 2004, le code de déontologie médical est codifié dans la partie réglementaire du code de la santé publique, dans les articles R.4127-1 et suivants.

Ainsi, ses règles professionnelles édictées dans le code de déontologie médicale sont devenues des lois nationales.

Dans le code de Santé Publique (CSP), nous retrouvons plusieurs articles qui reprennent le fondement de l'indépendance. Citons :

- l'article L 4121-2 du CSP énonce les rôles de l'Ordre des médecins, dont la défense de l'indépendance de la profession médicale :

  « L'ordre des médecins (...) veillent au maintien des principes de moralité, de probité, de compétence et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine (...), et à l'observation, par tous leurs membres, des devoirs professionnels, ainsi que des règles édictées par le code de déontologie prévu à l'article L. 4127-1.

  Ils assurent la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale (...) »

- l'article L 4113-9 et suivants du CSP : *« Les médecins (...) doivent communiquer au conseil départemental de l'ordre dont ils relèvent les contrats et avenants ayant pour objet l'exercice de leur profession (...). Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin (...) doit le faire par écrit. (...) Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4124-6. »*

Dans le code de la sécurité sociale (CSS), citons :

- l'article L.162-2 du CSS : *« Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux (...) ».*

Le code pénal inclut dans plusieurs articles des rappels correspondants au CDM, relatifs à l'indépendance du médecin dans son exercice quotidien, notamment les faux certificats (art 441-8), l'IVG illégale (art 223- 10), le secret médical (art 226-13) et la levée du secret médical (art 226-14), les ordonnances de complaisance (art 222-37), l'exercice illégal de la médecine (art L.372) …

Le Conseil d'Etat, a plusieurs reprises, a également statué sur le sujet.

En 1988, est déclaré que le principe de l'indépendance professionnelle des médecins était un principe général du droit auquel seules des dispositions législatives pouvaient porter atteinte (CE, 20 avril 1988, numéro 82321).

En 1994, est précisé que si l'indépendance professionnelle est un droit revendiqué par le médecin et protégé par les autorités ordinales, elle est surtout une garantie fondamentale pour le patient, celui-ci devant *« avoir la garantie absolue que seul son intérêt prime » et que « nulle considération financière, statistique ou nulle quête de notoriété ne pourra interférer avec son intérêt »* (CE, 13 mai 1994, numéro 12306).

En 2009, est noté que le médecin ne devait pas *« être soumis à des ordres ou des contraintes qui le conduiraient à faire passer l'intérêt du patient au second plan »* (CE, 12 octobre 2009, numéro 309247).

Conclusion

Depuis les débuts de la médecine, le médecin se questionne et s'engage sur les valeurs morales à développer et à défendre.

Les valeurs de probité, de rigueur et de dévouement ont traversé les âges.

Depuis l'ère napoléonienne, le médecin est pénalement responsable de ses actes.

La responsabilité médicale est le corollaire de l'indépendance professionnelle des médecins. Pour être responsable, un médecin doit être indépendant dans ses décisions. Il est également responsable de son indépendance.

Pilier de la profession, admis par tous, l'indépendance professionnelle des médecins est définie par les textes fondateurs de la profession et le droit français.

L'indépendance professionnelle du médecin est le garant d'une médecine honnête, de qualité, guidée par les seuls intérêts du patient.

Cette indépendance sert le médecin, qui pratique son art en pleine conscience, et assume pleinement ses responsabilités.

Cette indépendance sert le patient, en lui garantissant une relation saine et un secours désintéressé.

La relation de confiance établit ainsi entre le médecin et son patient, fondement du contrat de soin, garantira à chacun ses droits.

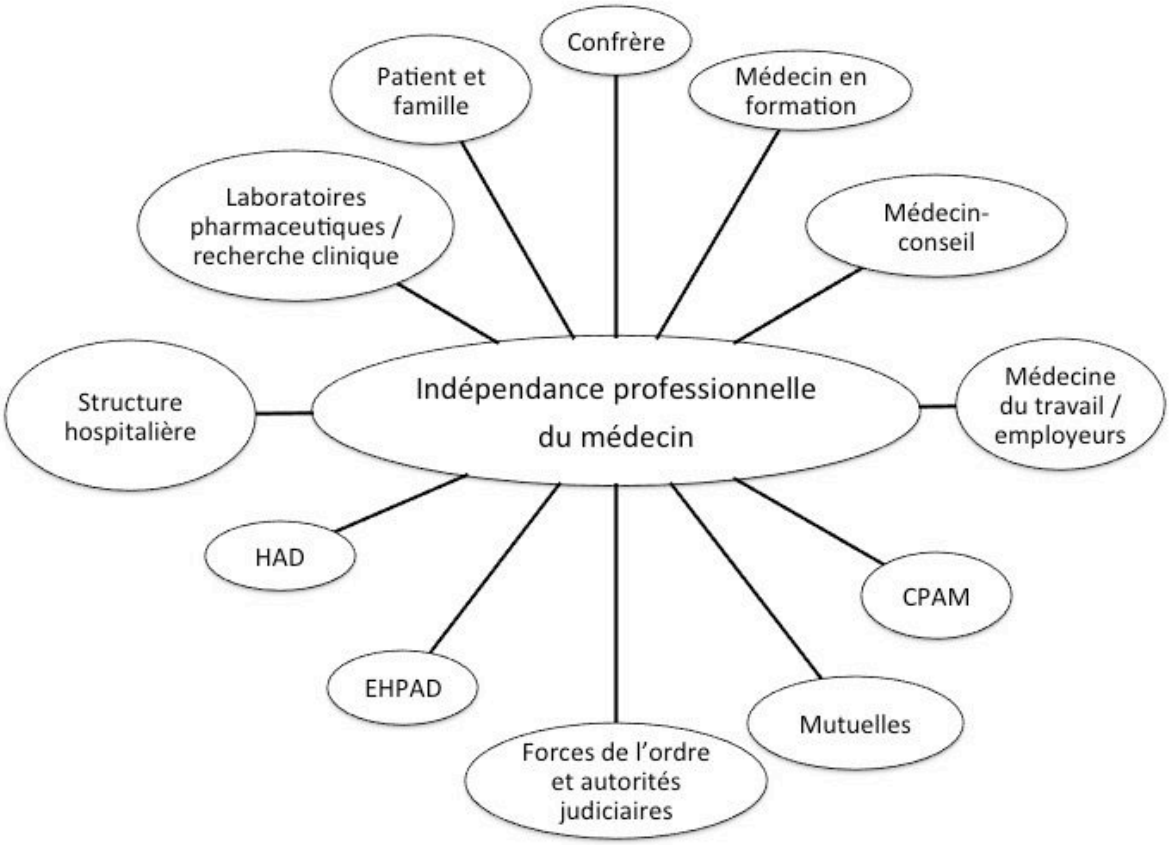
Comment l'application de ce principe est-il possible dans la pratique quotidienne ?

Quelles sont les situations à risque de perte d'indépendance ?

Nous allons tenter de répondre à ces questions dans la partie suivante.

II. L'indépendance professionnelle au quotidien

L'indépendance professionnelle, comme pilier de la profession, et le médecin en interaction avec de nombreux partenaires : c'est ainsi que nous avons construit ce chapitre.



A. Vis à vis du patient et de sa famille

L'indépendance du médecin s'exerce en premier lieu vis-à-vis du patient et de son entourage, dans l'intérêt du patient lui même, en garantissant une valeur inaliénable aux actes du médecin.

Afin d'être indépendant dans ses décisions, le médecin doit acquérir et entretenir un haut niveau de connaissance dans le domaine qui le concerne. [6]

L'article 11 du CDM reprend le principe de la formation continue des médecins.

L'article 32 du CDM impose des décisions médicales *"fondées sur les données acquises de la science"*.

Dans le contrat qui lie le médecin à son patient, le médecin a un devoir d'information *«loyale, claire, et appropriée »* (articles 35, 41, 64 du CDM).

Cette information doit être adaptée, en fonction de la situation :

- selon le patient, et sa volonté ou sa capacité à recevoir une vérité parfois dure
- selon le degré d'urgence

Cependant, le consentement *« libre et éclairé »* tel que l'article 36 le décrit, est indispensable à tout geste médical, et dépendra de la qualité de l'information transmise.

Le refus de soin trace la frontière entre le patient et l'indépendance professionnelle du médecin.

Dans ce cas, il convient de rédiger un document écrit, qui sera daté et signé par le patient [26].

De manière réciproque, le médecin, dans certaines situations définies dans le CDM, en dehors d'une situation d'urgence, pourra se retirer de la prise en charge (article 47 du CDM).

La clause de conscience permettra au médecin de préserver son indépendance lorsque ses convictions, ou son éthique, ne paraissent pas en adéquation avec ce qui lui est demandé ou lorsqu'un conflit d'intérêt est à craindre, ou que la mission qu'il reçoit d'un tiers dépasse ses compétences (articles 101, 106 du CDM)

En particulier, il pourra refuser de pratiquer ou de faire pratiquer une IVG (article 18) après qu'il en ait parfaitement informé la patiente.

L'article 8 du CDM précise que le médecin reste libre de ses prescriptions, à condition de respecter le principe du *«meilleur soin au moindre coût»,* dans le respect des données acquises de la science, que le médecin se doit d'acquérir et d'entretenir.

Le médecin est tenu de connaître les recommandations de bonne pratique.

Par la singularité de la relation médecin-malade, et la décision unique qui s'applique à chaque situation, le médecin peut user de son indépendance pour adapter sa réponse médicale, dans l'intérêt de son patient.

Dans ce cas, il convient de pouvoir justifier sa position.

L'article 37 du CDM reprend le cas particulier de la fin de vie, et pose les critères d'une limitation des thérapeutiques actives (LATA). Celle-ci doit intervenir dans le cadre d'un avis collégial, motivé et écrit, consultable a posteriori, en prenant en compte l'avis du patient si celui-ci peut être recueilli, ou de la personne de confiance.

La décision finale sera prise en toute indépendance par le médecin, qui sera seul responsable (article 69 du CDM).

Outre les actes de diagnostic, et la prescription de soins ou de traitement, le médecin est appelé à répondre à certaines demandes administratives.

Le code de déontologie rappelle que les certificats de complaisance sont interdits, ce qui inclut les arrêts de travail injustifiés ou les certificats contraire à l'intérêt propre du patient, à la demande de la famille (article 28 et 76), notamment en cas de risque d'immixtion dans les affaires de famille (article 51).

Le juste positionnement du médecin vis à vis du patient ou de sa famille, où l'empathie ne se confond pas avec la compassion, permettra de rester indépendant dans ces décisions. [27, 28]

L'empathie permettra au médecin d'accueillir les émotions de son patient, par une écoute active ; la compassion lui fera prendre le risque de vouloir résoudre les problèmes de son patient, quitte à enfreindre les règles auxquelles il est soumis.

Dans la relation contractuelle entre le médecin et le patient, le médecin doit assurer disponibilité et dévouement à celui qui souffre (article 32 du CDM).

L'article 19 du code de déontologie médicale rappelle que *« la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce ».*

Le commerce se définit, d'après le dictionnaire Larousse, comme une *activité consistant dans l'achat, la vente, l'échange de marchandises, de denrées, de valeurs, dans la vente de services*.

Nous sommes bien là dans la vente de service.

Cependant, la médecine ne peut, et ne doit pas se concevoir comme une pratique ayant pour seul but le profit.

L'article 19 précise d'ailleurs que la publicité est interdite.

Les articles 25 et 26 du CDM précisent que le médecin n'a rien à vendre.

Le médecin exerce son métier, et en assume les responsabilités. C'est à ce titre qu'une rémunération est justifiée.

D'ailleurs, l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale place le paiement direct des honoraires par le malade parmi les principes déontologiques fondamentaux.

Il est nécessaire cependant que la rémunération reste proportionnelle au service fourni, afin de ne pas transgresser l'article 19 du CDM, et de traverser la frontière entre rémunération et profit.

L'objectif étant de préserver le médecin dans son indépendance, de telle sorte que l'argent ne soit pas le seul moteur à son activité, au risque que l'intérêt du patient ne soit plus le centre de la décision médicale.

Dans cette idée, l'article 7 du CDM précise que *« le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. »*

Dans le rapport du CNOM, intitulé "L'indépendance de la décision médicale" [(6)], une réflexion est initiée sur la notion d'indépendance, en particulier dans cette relation financière avec le patient.

Dans cette idée, la question suivante est posée : *l'indépendance de la décision médicale serait-elle modifiée s'il n'y avait plus de paiement à l'acte ?*

Cette hypothèse pourrait libérer le médecin de tout rapport pécuniaire avec son patient, afin de se concentrer pleinement sur l'acte médical et l'intérêt de son patient, sans avoir crainte pour la pérennité de son activité. [(29)]

Mais la relation pourrait sembler déséquilibrée, entre le médecin et le patient, mais également entre le médecin et l'Etat.

Vis à vis du patient, l'absence de valeur donnée à un acte médical peut induire une dévaluation de l'acte médical par les patients eux-mêmes.

Une étude américaine datant de 1998 conclut que les soins prodigués dans un système de paiement à l'acte sont perçus de meilleur qualité, et s'accompagne d'une meilleure satisfaction de la part des patients. [(30)]

Par ailleurs, le paiement d'une consultation contribue à renforcer le statut du patient, acteur de sa guérison, selon Hervé GRANIER (psychiatre et psychanalyste), cité par le Docteur Jean-Marie FAROUDJA dans le rapport du CNOM, qui énonce : *« le patient doit payer pour se sentir libre, cela renforce l'estime de soi et sa dignité ».*

Ainsi, le risque d'une médecine gratuite, en plus de la dévaluation de l'acte et du praticien, serait la dépersonnalisation des patients, et peut-être la déresponsabilisation des patients, qui risquerait de devenir consommateur.

Vis à vis de l'Etat, dès 1845 dans son ouvrage "Déontologie médicale" [(13)], le Dr Max. SIMON expose le contexte de la réorganisation médicale, notamment concernant les revenus des médecins, et critique fortement ceux qui émettent l'idée d'un salariat de l'Etat. *« Comment n'a-t-il pas vu que faire salarier les médecins par l'état, c'est les mettre à la merci du pouvoir, et faire courir les plus grands risques à leur indépendance. »* (Livre IV, chapitre 1er, p 504).

Dans sa réponse à l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), sur la compatibilité d'une généralisation du tiers payant avec la déontologie [31], le CNOM déclare en préambule, qu' *« aucun mode de rémunération ne doit altérer l'indépendance professionnelle du médecin ».*

Dans ce rapport, il a été conclu que la pratique du tiers-payant était en accord avec le code de déontologie, sous réserve que :

- l'indépendance professionnelle soit respectée, notamment en assurant des délais de paiement tels qu'ils ne puissent être une source de dépendance financière, en garantissant un contrôle facile des paiements, et en instaurant un interlocuteur unique
- le praticien reste libre de l'appliquer, en dehors des situations mentionnées par les textes législatifs, dans le cadre de l'accès aux soins.

Encore une fois, libre au médecin de juger au cas par cas, ce qui semble être bon pour son patient, en accord avec celui-ci.

B. Vis à vis d'un confrère

Le médecin exerce en son nom propre : il est responsable de ses actes (article 69 du CDM), et se doit de préserver son indépendance, quelles que soient les situations ou formes d'organisation.

Dans tous les cas, il faut veiller à ce que l'intérêt direct et immédiat du patient soit au centre de la relation.

L'article 56 du CDM pose les bases de la relation confraternelle : *« Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. (...) Les médecins se doivent assistance dans l'adversité. ».*

Les contrats qui régissent le mode d'exercice et les relations entre les différentes parties, sous couvert d'une validation ordinale, doivent prévoir une clause garantissant l'indépendance du médecin (article 91 du CDM).

Que ce soit le médecin remplaçant, le médecin collaborateur, libéral ou salarié (articles 87 et 95 du CDM), l'assistant médecin ou l'adjoint étudiant en médecine (article 88 du CDM), chacun exerce en toute indépendance, et sans lien de subordination.

L'indépendance du médecin doit rester entière, surtout lorsqu'une relation pécuniaire existe, de manière directe ou indirecte, tels que le rappellent les articles 22 (dichotomie), 23 (compérage) et 24 (ristourne, commissions, avantage).

Le partage d'honoraires, hormis les cas bien précisés dans l'article 94, est interdit.

Lors d'une collaboration salariée, le médecin doit, sous couvert d'un contrat écrit, garder son indépendance dans la relation, les décisions médicales et les soins apportés au patient.

Il reste dépendant du médecin qui l'emploie quant à l'organisation des soins et la gestion du cabinet.

Lorsque la prise en charge du patient nécessite plusieurs professionnels, les responsabilités restent individuelles, et chaque acteur peut librement accepter la prise en charge, ou se retirer, selon les conditions fixées par l'article 64 du CDM.

Dans le cas particulier du binôme médecin HAD et médecin traitant, dans lequel la place et l'indépendance de chacun sont garanties par la signature d'une convention entre les deux parties. Cette convention reprend les droits et devoirs de chacun auprès du patient.

Lorsque les avis entre confrères divergent, selon l'article 61 du CDM, il convient :

- d'en informer le malade
- de prescrire des investigations complémentaires, ou de prendre l'avis d'un tiers confrère
- de garantir au patient sa liberté, après information claire loyale et appropriée, de suivre l'avis du médecin de son choix
- le médecin est libre de cesser ses soins si le patient ou son entourage décident de suivre l'avis d'un autre confrère, en respectant l'article 47 du code de déontologie, qui précise l'obligation de transmettre les éléments nécessaires du dossier pour la suite de la prise en charge.

Ces dispositions sont valables quelque soit la spécialité des médecins, ou leur mode d'exercice (HAD, EHPAD).

Tout médecin se doit de garantir l'indépendance professionnelle des différents intervenants de la prise en charge (médicaux ou non), et le libre choix du patient (article 68) tout en lui apportant conseil s'il le souhaite

Dans ces relations, toute situation de compérage est interdite.

En cas de litige entre confrère, il doit y avoir recours à une conciliation, si besoin avec l'intervention du conseil départemental de l'Ordre des médecins (article 56).

C. Cas du médecin salarié

Les situations peuvent différer selon le mode et le lieu d'exercice.

Ainsi, le médecin salarié peut être fonctionnaire de l'État ou des collectivités locales, salariés de droit privé.

Dans tous les cas, les obligations déontologiques sont universelles et inaliénables.

L'article 95 du CDM précise que quelque soit le lien contractuel entre un médecin et un confrère ou une structure, les devoirs professionnels, et en particulier les obligations concernant le secret professionnel et l'indépendance professionnelle restent inaliénables, dans l'intérêt du patient, de la santé publique ou des personnes au sein de l'entreprise ou la collectivité où il exerce.

En milieu hospitalier public, le statut national négocié assure aux médecins salariés une indépendance. [32]

Pour la pratique dans une entreprise, collectivité ou institution de droit privé, un contrat de travail écrit est obligatoire.

L'article 83 du CDM en reprend les principes, et exclut dans un paragraphe dédié (article 83-II du CDM), toute possibilité de clause portant atteinte à l'indépendance professionnelle du médecin, et à la qualité des soins, notamment par le biais d'une rémunération conditionnée au rendement.

L'absence de clause garantissant l'indépendance professionnelle (clause considérée comme "essentielle" et confirmée par le Conseil d'Etat [26] est une cause de nullité déontologique du contrat.

Le contrat doit également détailler les moyens mis en oeuvre pour garantir cette indépendance.

Les rémunérations ne peuvent prendre la forme d'accord d'intéressement, de rémunération complémentaire, ou de prime d'objectifs.

L'article 97 du CDM reprend cette interdiction d'une rémunération fondée sur des normes de productivité ou tout autre disposition pouvant atteindre son indépendance professionnelle.

Une vigilance s'impose également sur les conditions d'évolution de carrière.

Dans l'organisation actuelle, ceux sont les conseils départementaux qui veillent aux contrats, et en particulier au respect de l'indispensable indépendance des médecins dans le cadre de leur activité salariée.

Une adaptation à la notion d'indépendance professionnelle et de responsabilité individuelle est retrouvée en structure publique, où la notion de faute de service répond à l'organisation des soins et au partage des responsabilités au sein d'un service, en opposition au principe d'indépendance individuelle du médecin hospitalier. [34]

En effet, la prise en charge hospitalière est l'oeuvre d'une équipe médicale et paramédicale.

La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), par la loi de modernisation du système de santé, va élargir la notion d'équipe (décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire). [33]

Cependant, le patient doit pouvoir construire une relation de confiance envers les soignants, et en particulier le médecin référent.

Au niveau hiérarchique, l'organisation hospitalière, pyramidale et transversale, nécessite une adaptation pour garantir l'indépendance professionnelle du médecin.

L'article L.6143-7 du Code de la santé précise : *« Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art...* »

L'article L.6146-5-1 relatif aux pouvoirs des praticiens chefs de service dispose que ceux-ci *"assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée."*

L'article R.4127-5 du Code de la santé publique précise que les pouvoirs des directeurs d'établissement et des chefs de service à l'égard des praticiens hospitaliers placés sous leur autorité ne peuvent s'exercer que dans le respect du principe de l'indépendance professionnelle des médecins.

Au niveau organisationnel, l'autorité administrative décide du cadre général dans lequel s'exerce l'activité des médecins, mais il lui est interdit d'intervenir sur le contenu de leur activité.

Pour illustrer ces limites, prenons pour exemple un rapport du Conseil d'Etat. [36]

Dans cette affaire datant de 1997, un médecin hospitalier avait l'obligation d'être supervisé par son chef de service, ou en l'absence de celui-ci, par l'un de ses confrères hospitaliers.

Le médecin en question a recours au tribunal administratif, qui valide le principe d'une supervision par le chef de service, mais pas par un confrère.

En Cour de cassation, dont le médecin a fait appel, pour atteinte à son indépendance professionnelle, il lui est répondu que le directeur d'un établissement peut légalement décider de suspendre un praticien hospitalier de ses activités cliniques et thérapeutiques, à condition d'en référer aux autorités ordinales.

Par ailleurs, le directeur de l'ARS dispose également du pouvoir de suspendre un médecin lorsque celui-ci expose ses patients à un danger grave et immédiat. Cette suspension ne peut excéder cinq mois, et le praticien hospitalier doit être reçu dans les trois jours par le directeur de l'ARS, qui doit transmettre immédiatement le dossier à la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Médecins.

Nous nous retrouvons dans le même cas que l'affaire Thouret-Noroy contre Guigne, datant de 1832, et dont la conclusion fut : *"Le médecin ne reconnaît pour Juge, après Dieu, que ses pairs et n'accepte point d'autre responsabilité que celle, toute morale, de la conscience* ». [15]

Au sein d'un hôpital, plusieurs instances permettent aux médecins de prendre part aux décisions et aux orientations de leur établissement. [33]

Citons la Commission Médicale d'Etablissement (CME) : mise en place en 1987, en faisant suite à la commission médicale consultative, elle a un rôle consultatif et a des pouvoirs délibératifs sur les choix médicaux.

Elle est composée de membres de droit (chefs de pôle), et de membres élus parmi le personnel médical, dont les internes.

C'est une zone de concertation entre les médecins et l'établissement, le projet d'établissement, le projet médical de l'établissement et les investissements, entre autres, y sont décidés.

Des sous-commissions sont instituées par l'ordonnance du 2 mai 2005, et concernent la sécurité sanitaire des produits de santé, la lutte contre les infections nosocomiales, la politique du médicament et des dispositifs médicaux, la politique de lutte contre la douleur.

La CME veille à l'indépendance professionnelle des médecins.

De fait, comme le souligne le Pr Claudon dans le bulletin spécial des CDOM de Lorraine, [37] un établissement de santé est un *"système organisé où l'interdépendance, et non l'indépendance, des acteurs (...) est la règle."*

Cette interdépendance, entre les différents acteurs d'un établissement de santé, est nécessaire pour développer l'établissement autour d'une prise en charge globale du patient, d'une démarche qualité, de projet de formation, de développement et d'innovation.

Elle nécessite cependant une vigilance permanente pour veiller au respect du code de déontologie.

Selon Édouard Couty et Marc Dupont, [32]**,** *« les services de santé ne peuvent se déployer ni évoluer sans la participation active des professionnels de santé. ».*

L'implication du médecin dans l'organisation du service et de l'établissement dans lequel il évolue, dans l'élaboration du projet de service, et la participation aux démarches qualité sont des moyens de rester acteur dans le système, et de garantir son indépendance dans sa pratique.

Dans le cas du médecin salarié d'un service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) : le médecin est salarié de l'établissement de santé, qui s'organise comme tout service hospitalier, autour d'une Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Les relations avec les autres médecins intervenants dans la prise en charge du patient, et en particulier le médecin traitant, doivent répondre aux exigences décrites dans le chapitre précédent.

Dans le cas du médecin coordonnateur d'EHPAD : le médecin est salarié.

De fait, un contrat est rédigé, et prévoit les clauses indispensables pour garantir son indépendance.

Il exerce sous la responsabilité du directeur de l'établissement, dans les limites citées ci-dessus.

Il est chargé de mettre en place le projet institutionnel de l'établissement, dans le respect de son indépendance et de l'intérêt des résidents, et en respectant les dispositions législatives concernant l'activité de soins au sein de ces structures (D.312-156 et suivants du code de l'action sociale et des familles).

D. Cas du médecin en formation

Le statut de l'interne en médecine est défini par l'arrêté du 8 octobre 2010, les articles R6153-1 et suivants du CSP.

L'interne en médecine est un agent public non titulaire en formation.

Il est donc soumis au règlement des établissements ou des organismes dans lesquels il exerce une activité, comme tout médecin salarié.

N'étant pas thésé, l'interne en médecine n'est pas inscrit à l'Ordre. Il n'est donc pas soumis stricto sensu au Code de déontologie et ne peut être poursuivi au niveau ordinal.

Cependant, il reste sous la responsabilité d'un médecin sénior qui veille au respect du Code de déontologie, et donc à son indépendance professionnelle.

L'article 68-1 du CDM pose les bases du compagnonnage dans la formation médicale, avec considération et respect mutuel.

L'interne exerce par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève.

En cas de désaccord de prise en charge, l'interne en médecine peut exercer son droit de retrait, après avoir tenté une communication avec le praticien ou un recours à une tiers personne ou supérieur hiérarchique.

En cas de réquisition, l'article R642-1 du CP et l'article L4163-7 du CSP prévoit que l'interne doit déférer mais ne peut rédiger de certificat. Cela prend alors la forme d'une observation médicale en mentionnant la qualité d'interne.

Exception dès lors que l'interne non thésé effectue un remplacement : il est alors détaché du praticien référent, et soumis au Code de déontologie. Il assure lui même le respect de son indépendance professionnelle.

E. Cas du médecin du travail

Le médecin du travail interagit avec plusieurs partenaires :

- son employeur
- l'employeur du salarié visité
- le salarié
- les confrères médecin, dont le médecin traitant du salarié

Le médecin du travail a un statut de médecin salarié et se trouve lié par contrat signé avec l'employeur ou le président du service inter-entreprises.

Comme nous l'avons précisé dans le chapitre II-C, un contrat de travail est obligatoire, et doit être conforme au Code de Déontologie, en particulier il doit préserver l'indépendance professionnelle du médecin, et préciser comment cette indépendance sera respectée.

Le médecin peut cependant être placé sous l'autorité administrative de son employeur, d'un point de vu organisationnelle (heures de travail, démarches administratives…).

Mais ses décisions et ses actes ne doivent pas être limités ou influencés par des directives administratives.

L'employeur doit garantir au médecin des conditions matérielles suffisantes pour l'exercice de sa fonction.

Les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin.

L'employeur doit assurer les moyens de les conserver dans de bonne condition.

Le salarié visité doit être au centre des décisions du médecin du travail. De part le salarié lui même, ou l'employeur de celui-ci, il peut y avoir des pressions ou des indications dans le but d'orienter les décisions du médecin.

Cependant, le médecin doit toujours avoir pour souci l'intérêt de la santé de son patient.

Le médecin du travail doit respecter, et être respecté, dans l'exercice de sa fonction et en toute indépendance, selon les règles de la confraternité.

Le respect de cette indépendance est affirmé dans le code du travail (art. L 4623-8).

Le CNOM rappelle, dans un communiqué de presse du 14 avril 2016, qu' *« il n'appartient à aucun employeur d'apprécier de sa propre initiative la pertinence d'actes médicaux, quels qu'ils soient. »*

F. Médecin de contrôle

Elle concerne le médecin conseil de la sécurité sociale, et le médecin d'assurance.

L'indépendance du médecin contrôleur doit être respectée, vis à vis de la personne examinée, et de l'organisme mandateur.

Le médecin ne doit pas avoir de lien avec la personne examinée, qui sera avertie du cadre de la mission.

Le secret médical devra, en toute circonstance, être tenu.

Les relations entre le médecin et son mandataire doivent être rédigées dans un contrat dont les clauses garantissent l'indépendance professionnelle, et précisent les moyens mis en oeuvre pour y parvenir.

Ce contrat est ensuite validé par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

L'article 101 du CDM précise que le médecin est libre de se retirer de la mission s'il estime que cela dépasse ses compétences, le cadre de la médecine ou si cela l'obligerait à transgresser ses obligations déontologiques, notamment en terme d'indépendance professionnelle.

Pour le médecin-conseil, l'indépendance est également garantie par les conventions collectives qui le lient à l'administration.

A ce sujet, le CNOM en 2006 avait dû prendre position pour défendre l'indépendance des médecins-conseils.

En effet, les conditions d'exercice des médecins-conseils dépendront, en application de la loi d'Assurance maladie du 13 août 2004, d'une convention collective négociée avec l'employeur.

Il était rappelé que *« la carrière et la rémunération des médecins-conseils ne sauraient être subordonnées à des critères tels que le nombre de mises en invalidité des assurés sociaux ou encore le nombre de poursuites effectuées contre des professionnels de santé. »*

Une singularité est relevée concernant les médecins des caisses d'assurance maladie : ils ne peuvent pas être traduits par le conseil national et les conseils départementaux de l'Ordre des médecins.

G. Vis à vis des centres payeurs et du médecin-conseil

Afin de garantir le respect de l'indépendance professionnelle des médecins, l'Ordre est consulté pour avis avant la mise en application de toute convention engageant la profession et ses rapports avec les organismes de protection sociale, tel que mentionné dans l'article L.162-15 du Code de la Sécurité sociale (CSS), ainsi que les représentants des Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) tel que mentionné dans l'article L.162-14-1-2 du CSS.

Le médecin doit tenir compte de l'environnement économique, comme le mentionne l'article L.162-2-1 du CSS :

« Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. »

Ainsi, se dessine le rôle des médecins-conseils envers ses confrères.

Dans le cadre de son exercice, le médecin-conseil est chargé du contrôle des prescriptions, avec pour objectif l'intérêt du patient et de la collectivité.

Le médecin-conseil se base sur les recommandations de bonne pratique, qui s'imposent à tout médecin, rendant la liberté de prescription relative.

Cependant, le médecin prescripteur reste responsable et indépendant de ses décisions, à condition de pouvoir les justifier.

La convention nationale en vigueur, organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie, signée le 25 août 2016 [(38)], a fait l'objet d'un avis de l'Ordre des médecins au regard de la déontologie médicale.

Le CNOM précise que :

" La convention donne à l'Assurance maladie un pouvoir normatif qui ne lui appartient pas sur les contenus métiers, qui pourrait se faire au détriment de l'indépendance professionnelle "

"La convention fait le choix d'orienter la rémunération vers des dispositifs précaires et ciblés, sous le contrôle de l'Assurance maladie"

" Le Conseil national n'hésitera pas à engager des actions contentieuses si l'application du texte conventionnel conduisait à une remise en cause de l'indépendance professionnelle (...) "

Le dossier des rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP) peut donc poser des problèmes déontologiques.

L'idée d'imposer des objectifs aux médecins date de 1993, avec la Loi dite Teulade, nom du ministre des Affaires sociales de l'époque à l'origine du texte, qui instaura l'application de références médicales nationales opposables (RMO), sous forme d'injonction à ne pas faire, à chaque médecin, sous peine de sanctions. [39]

La ROSP, instauré en 2011, fait suite au CAPI (Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles), mis en place en 2009, instaure une rémunération à la performance, complémentaire au paiement à l'acte, basée sur des objectifs de bonne pratique.

Nous entrons alors dans le cadre d'une rémunération sur objectifs, pourtant interdit dans l'article 83-II du CDM :

« Un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notamment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères de rendement. »

Les objectifs sont définis par l'assurance maladie, qui se base sur des recommandations émanant d'agences de santé françaises (HAS, AFSSAPS) et de recommandations internationales, qui reflètent les données actuelles de la science. L'objectif est de réduire l'écart entre les pratiques médicales et les recommandations de bonne pratique, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficience des soins.

Dès les RMO, se pose le problème de règles universelles imposées dans un colloque singulier qu'est la relation médecin-malade.

Dans le rapport annuel sur la Sécurité sociale publié en 1997, la Cour des comptes relève que sur 2 ans, que 20% des médecins ont été contrôlés, parmi eux 48% ont dérogé au moins à une RMO, et moins de 1% ont finalement eu une retenue financière.

Les difficultés relevées dans l'application des RMO sont, en dehors des problèmes organisationnels, les problèmes institutionnels sur des références imprécises ou contestables.

Dans le cas des ROSP, certains objectifs incitent au non-respect des Autorisations de Mise sur le Marché (AMM).

C'était le cas dans la convention 2011, de l'item « prescription d'aspirine faible dosage chez le diabétique en prévention primaire », alors que l'aspirine n'a pas d'AMM remboursable dans cette indication.

Marjorie SCHLIER, dans sa thèse intitulée “POURQUOI LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PRESCRIVENT-ILS HORS AMM ?”, prend pour exemple le Kardégic®. [40]

Dans cet exemple, de manière chronologique :

- les recommandations de l’HAS concernant le diabète de type 2, datant de 2006, dans lesquelles la prescription d’aspirine est recommandée en prévention primaire, ont été retirées en mai 2011 suite à la décision du Conseil d’Etat du 27 avril 2011 [41], répondant à la requête de l’ ASSOCIATION POUR UNE FORMATION MEDICALE INDEPENDANTE (FORMINDEP) devant des failles dans les procédures d’élaboration de ces recommandations (problème d’indépendance et d’impartialité des experts, conflits d'intérêts).
- La revue médicale *Prescrire* (mars 2013), sur l’item “ prescription de l’aspirine chez les patients atteint de diabète de type 2” conclut à « un objectif imprécis et sans preuve solide, voire non conforme aux données de l’évaluation »
- L’item est modifié dans la convention 2016 sous l’intitulé : “ Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2”

La prescription hors AMM est prévue par la loi.

L’article L5121-12 (Modifié par la LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 5) du CSP précise que :

« Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve :

- *que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.*
- *que le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché ”.*
- *qu’il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'Assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite.*
- *qu’il motive sa prescription dans le dossier médical du patient. »*

Ainsi, la prescription hors AMM doit être justifiable et justifiée dans le dossier du patient par le médecin, expliquée au patient afin de recueillir son consentement libre et éclairé, et rester à la charge du patient.

En cas de non respect de ses 4 conditions, le médecin s'expose à :

- une sanction financière : remboursement du traitement prescrit, avec un seuil correspondant au douzième des honoraires de l'année précédente
- une mise en cause de sa responsabilité civile : manquement à l'humanisme médical (défaut d'information) ; manquement aux règles de l'art (obligation du praticien de procéder à des actes d'investigation ou de thérapeutique et de contrôler le suivi du traitement en fonction des données actuelles de la science)

- une mise en cause de sa responsabilité pénale : homicide involontaire, mise en danger du patient (article 221-6 du Code pénal)
- une mise en cause de sa responsabilité disciplinaire (article 8, 39 et 40 du CDM)

Dans ce contexte, d'après Stéphane COUSIN, dans sa thèse d'exercice intitulée « Les positions des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais face à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique » [(42)], la ROSP remettait en cause leur indépendance pour 59% d'entre eux.

Au sein de la relation médecin-malade, la mise en place d'objectifs de santé publique risque de mettre deux modèles relationnels en opposition.

Le modèle paternaliste, abandonné depuis plusieurs décennies au profit d'un modèle autonomiste, centré sur le patient, risque de resurgir, face à un médecin devant faire face à un choix cornélien : satisfaire aux recommandations sous peine de sanction, ou orienter de gré ou de force son patient, par une attitude dirigiste, à respecter les référentiels admis.

Cette idée est soutenue dans l'article de SLOWTHER et al. [(43)]

Par ailleurs, le risque est grand de voir s'opérer une sélection des patients, au profit des plus observants, dont le profil s'accorde avec les recommandations.

C'est ce que conclut WHARAM et al, en 2009. [(44)]

Ainsi, la rémunération sur objectifs pose plusieurs problèmes déontologiques : indépendance du médecin (article 5 du CDM), relation médecin-patient et soins consciencieux (article 7 du CDM), information et consentement du patient (articles 35 et 36).

C'est alors l'article 3 qui prévaut : moralité, probité et dévouement seront les clés pour permettre au médecin, en gardant sa liberté, son libre arbitre et son indépendance, de choisir, avec le patient et pour le patient, la prise en charge la plus adaptée au contexte, en plaçant ses intérêts financiers après l'intérêt du patient.

D'ailleurs, la convention offre la possibilité au praticien de refuser la ROSP en le notifiant :

« par écrit à la caisse primaire dont ils relèvent, par tout moyen (courrier, courriel, etc.) comprenant un accusé de réception. Ce refus doit être notifié par les médecins dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention ou de l'avenant à la convention introduisant la rémunération sur objectifs de santé publique pour les enfants de moins de 16 ans ou dans les trois mois suivant leur installation pour les médecins nouvellement installés.

En cas de refus exprimé selon ces modalités, le médecin renonce à la totalité de la rémunération sur objectifs de santé publique pour la durée de la convention. »

Une autre manière de contrôler les dépenses de santé, instaurée depuis 2004, est la Mise Sous Accord préalable (MSAP), suivie en 2009 de la Mise Sous Objectifs (MSO).

Ces procédures consistent en la comparaison statistique des pratiques médicales d'un médecin à la moyenne de ce qui est pratiqué par les autres médecins dépendant de la même CPAM ou de la même ARS, pour une activité comparable.

Le médecin dont la pratique s'éloigne significativement de son groupe professionnel est soumis à une MSO après convocation par le directeur de la CPAM, et pourra être sanctionné en l'absence de diminution significative des prescriptions par une décision de récupération financière d'indus indépendamment de toute justification médicale. (article L162-1-14 du CSS)

Une Commission des Pénalités, paritaire, intervient avant sanction mais son avis n'est que consultatif.

En cas de refus de la MSO, c'est une MSAP qui est imposée, pour une durée de 6 mois maximum (article L162-1-15 du CSS). Une pénalité est possible à l'issue de la deuxième période de MSAP.

Ces procédures portent sur la prescription des arrêts de travail, des accidents du travail et des bons de transport, mais également depuis 2007 à l'ensemble des prescriptions ("non substituable", soins paramédicaux…).

Au niveau déontologique, un médecin sous mesure de MSO pourrait refuser un arrêt de travail ou un bon transport médicalement justifié par crainte des sanctions financières, en s'affranchissant du respect des articles 5 (indépendance), 8 (liberté de prescription) et 32 (soins consciencieux) du CDM.

Au niveau des syndicats de médecins, le terme de "délit statistique" est retrouvé de nombreuses fois. [42]

D'une manière quasi-consensuelle, il est recommandé au médecin de ne pas accepter la MSO.

D'une part pour ne pas risquer d'enfreindre le code de déontologie médicale.

D'autre part pour ne pas reconnaître implicitement qu'il prescrit trop, s'il estime que l'ensemble de ses prescriptions sont justifiées et justifiables.

Et enfin, pour ne pas être pénalisé financièrement en cas d'échec de réduction des prescriptions.

De plus, il est conseillé au médecin de saisir le tribunal administratif pour contester la MSAP.

Dans ces procédés d'analyse statistique, se pose le problème de la définition précise des indicateurs.

La notion d'activité comparable nécessiterait une stratification statistique à partir des données de patientèle, non accessible au directeur d'une CPAM :

- volume global de patients
- nombre de consultations par jour
- âge moyen de la patientèle
- contexte socio-économique (couverture sociale / CMU ; milieu rural / urbain)

Les spécificités de l'activité du médecin doivent être prise en compte, notamment en médecine générale (acupuncture, homéopathie, médecine du sport, angiologie), mais aussi dans les autres spécialités.

Plusieurs cas aberrants sont relatés par la Fédération des Médecins de France (FMF) :

- MSAP d'un chirurgien ophtalmologiste pour un taux d'interventions sur les paupières statistiquement supérieur à celui de ses confrères, alors qu'il en faisait sa spécialité
- MSAP d'un chirurgien orthopédique spécialisé dans la chirurgie de l'épaule pour un taux d'indemnités journalières (IJ) statistiquement supérieur à celui de ses confrères, dont les patients sont statistiquement plus jeunes, et en âge de travailler (contrairement aux poses de prothèses s'adressant davantage à des retraités).

Ainsi, il paraît délicat de contrôler l'activité des médecins, en prenant en compte l'unicité de chaque patient, et en respectant l'indépendance des médecins.

Cependant, l'Ordre des médecins, dans ses propres commentaires du code, a précisé que le médecin doit prendre conscience de l'environnement économique de son activité, aussi bien dans la gestion d'un cabinet libéral que dans celle d'un établissement de santé public ou privé, et qu'en considération des « contingences matérielles », tout médecin doit *« s'efforcer de trouver une adéquation entre le souci légitime de bien traiter ses patients et les réalités économiques ».*

H. Vis à vis des forces de l'ordre et des autorités judiciaires

En dehors de son activité de soins, tout médecin peut devenir un auxiliaire de justice dans le cadre d'une réquisition judiciaire.

Le médecin pourra être requis, en tant que personne qualifiée, conformément à **l'**article 60 du Code de procédure pénale (CPP), par une autorité judiciaire ou administrative dans le but d'exécuter une mission d'ordre médico-légal à laquelle il ne saurait se soustraire sous peine d'une contravention (article R.642-1 du CP et article L.4163-7 du CSP).

La réquisition est un procédé qui permet à l'administration ou aux autorités judiciaires de contraindre des particuliers à lui céder un bien mobilier ou immobilier, ou encore des prestations.

Dans le cadre d'un professionnel de santé, il s'agit le plus souvent de prestations : examen d'un prévenu en garde à vue, notamment s'il est mineur, mesure d'alcoolémie, examen du corps d'une personne décédée…

L'article 10 du CDM précise le cadre lors de la prise en charge d'un patient privé de liberté.

Le CPP reprend également ces régles, dans le cadre de la garde à vue (article 63-3 du CPP), devant une réquisition pour suspicion d'actes de terrorisme (706-24 du CPP), d'infractions en matière de stupéfiants (706- 29 du CPP).

Dans le cadre de cette mission, le médecin devient *« médecin expert ».* [(46)]

Les articles 101 à 108 du CDM reprennent les droits et devoirs dans ce cas.

Le médecin a le droit (et même le devoir) de se récuser *« s'il estime que les questions qui lui sont posées sont étrangères à la technique proprement médicale, à ses connaissances à ses possibilités ou qu'elles l'exposeraient à contrevenir aux dispositions du présent code de déontologie »* (article 101) ; ou si *« une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. »* lui est demandée (article 105).

Bien qu'une réquisition soit contraignante, puisque le médecin requis est obligé de se soumettre (article R.642-1 du CP), sous peine de sanctions, sauf motif légitime (inaptitude physique ou technique, lien entre médecin et personne à examiner), c'est en toute indépendance et impartialité qu'il doit rédiger son rapport, prescrire des soins ou des traitements, et signaler aux autorités toute atteinte à l'intégrité physique ou mentale, ou à la dignité de son patient.

Concernant le secret médical, en lien direct avec l'indépendance professionnelle, le code pénal (article 226-13) et l'article 4 du CDM, confirme la valeur du secret quelque soit les circonstances.

De plus, les articles 434-1 et 434-11 du Code pénal considèrent la particularité du secret du médecin en l'opposant aux obligations de dénonciation ou de témoignage qui s'imposent à tout citoyen.

Les seules exceptions sont les dérogations prévues par le CDM (articles 9 et 44), et repris dans le CP (article 226-14) : cela concerne les patients victimes de sévices ou privations, qu'ils soient mineurs, ou majeurs avec recueil du consentement préalable si celui-ci peut être recueilli, ou les patients qui sont susceptibles de représenter un danger pour la collectivité (notamment par le port d'une arme).

Auquel cas, le médecin est passible d'une accusation pour non-assistance à personne en danger, avec risque d'amende et d'emprisonnement (article 223-6 du CP).

En parallèle, des poursuites disciplinaires sont possibles par non respect de l'article 9 du CDM :

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires. ».

En cas de demande de renseignements médicaux, à distance ou par le biais d'une convocation dans les locaux des forces de l'Ordre, le médecin doit se déplacer mais ne peut témoigner que sous réserve des informations couvertes par le secret professionnel.

En cas de remise du dossier médical, deux procédures se distinguent :

- **la réquisition (sans saisie)** : l'autorité judiciaire et/ou les forces de l'ordre adressent une demande pour obtenir des informations, notamment tout ou partie d'un dossier médical.

L'accord du médecin est nécessaire. Il peut opposer le secret professionnel.

L'opération se déroule en présence d'un conseiller ordinal qui sera le garant du respect de la procédure, et que le dossier concerne bien la personne visée.
Dans le cas d'un dossier détenu par un centre de soin, la présence du chef d'établissement ou de son représentant est nécessaire.
Le médecin ou l'établissement conserve une copie du dossier saisi. (articles 77-1-1, 60-1 et 99-3 du CPP)

- **La perquisiton-saisie** (article 56-3 du CPP) : prise de possession d'un bien utile à la manifestation de la vérité.

Elle ne nécessite pas l'accord du médecin en cas d'enquête de flagrance et d'information judiciaire sur commission rogatoire.
L'accord du médecin est nécessaire dans le cadre d'une enquête préliminaire, où il peut opposer le secret professionnel à la saisie du dossier médical.
L'opération se déroule en présence d'un conseiller ordinal qui sera le garant du respect de la procédure, et que le dossier concerne bien la personne visée.

Quel que soit le type d'enquête, la mise sous scellés doit être demandée en cas de saisie.

I. Vis à vis des laboratoires pharmaceutiques, recherche clinique

L'article L.4113-6 du CSP régie les relations entre le médecin et les entreprises pharmaceutiques ou de techniques médicales.

Comme pour toute relation contractuelle avec un médecin, la convention passée avec une entreprise pharmaceutique ou de technique médicale doit faire l'objet d'un avis de l'Ordre, afin d'en vérifier le respect des règles ordinales, dont celle de l'indépendance professionnelle du médecin.

D'après le communiqué de presse du CNOM [(47)], cela concerne 80 000 conventions par an.

La rémunération ou la prise en charge des frais doit être en adéquation avec à la charge de travail et les dépenses engagées.

De même, lors de manifestations scientifiques, la prise en charge des frais relatifs doit être d'un niveau raisonnable et limitée à l'objectif professionnel et scientifique principal de la manifestation (article 24 du CDM).

Par ailleurs, les médecins sont tenus d'afficher, en toute transparence, lors de communication médicale, les liens avec les entreprises produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits :

- Article L.4113-13 du CSP prévu par loi 2002-303 du 4 mars 2002 :

« Les membres des professions médicales qui ont des liens avec des entreprises et établissements produisant ou exploitant des produits de santé ou des organismes de conseil intervenant sur ces produits sont tenus de les faire connaître au public lorsqu'ils s'expriment lors d'une manifestation publique ou dans la presse écrite ou audiovisuelle sur de tels produits. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

- Article R.4113-110 du CSP :

« L'information du public sur l'existence de liens directs ou indirects entre les professionnels de santé et des entreprises ou établissements mentionnés à l'article L.4113-13 est faite, à l'occasion de la présentation de ce professionnel, soit de façon écrite lorsqu'il s'agit d'un article destiné à la presse écrite ou diffusé sur Internet, soit de façon écrite ou orale au début de son intervention, lorsqu'il s'agit d'une manifestation publique ou d'une communication réalisée pour la presse audiovisuelle. »

Toutes ces précautions visent à limiter le risque de conflit d'intérêts.

Dans cette idée, le CNOM publie *: « Les liens ne sont pas fautifs dès lors qu'ils sont établis dans le respect de la Loi. Ce sont les conflits potentiels entre ces liens et les missions acceptées par les experts qui peuvent l'être. »* [(48)]

Le conflit d'intérêts peut être défini par une situation où celui qui est chargé de l'intérêt général peut être influencé par ses propres intérêts.

D'un point de vue déontologique, nous pouvons nous appuyer sur de nombreux articles du CDM, visant à préserver l'indépendance du médecin au profit de l'intérêt premier du patient.

L'article 5 de manière explicite demande au médecin de rester indépendant.

De l'article 2, qui édicte que le médecin est *« au service de l'individu et de la santé publique »,* à l'article 13 qui rappelle que *« Lorsque le médecin participe à une action d'information du public de caractère éducatif et sanitaire, quel qu'en soit le moyen de diffusion, il doit ne faire état que de données confirmées, faire preuve de prudence et avoir le souci des répercussions de ses propos auprès du public. Il doit se garder à cette occasion de toute attitude publicitaire, soit personnelle, soit en faveur des organismes où il exerce ou auxquels il prête son concours, soit en faveur d'une cause qui ne soit pas d'intérêt général.* »

Dans le cadre de la recherche biomédicale, l'article 15 du CDM précise que *« Le médecin ne peut participer à des recherches biomédicales sur les personnes que dans les conditions prévues par la loi ; il doit s'assurer de la régularité et de la pertinence de ces recherches ainsi que de l'objectivité de leurs conclusions. »*

Les articles 23 (compérage) et 24 (ristourne) préserve le médecin d'un éventuel conflit d'intérêt.

L'article 105 précise qu' *« un médecin ne doit pas accepter une mission d'expertise dans laquelle sont en jeu ses propres intérêts, ceux d'un de ses patients, d'un de ses proches, d'un de ses amis ou d'un groupement qui fait habituellement appel à ses services. »*

En cas de non respect de ses valeurs déontologiques, outre le risque de sanction disciplinaire, bien plus grand est le risque de rompre la relation de confiance entre le médecin et son patient, et la crédibilité de toute la profession envers la population.

Dans le domaine de la santé publique, la validation d'avis ou de recommandations, qui s'imposeront à tout médecin dans sa pratique, nécessite un niveau d'indépendance et d'impartialité élevé de l'ensemble des personnes participant à leur rédaction.

Ainsi des textes sont spécifiques aux médecins intervenants dans ce cadre.

L'article 432-12 du CP définit la prise illégale d'intérêts :

« Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de

service public [-] de prendre, recevoir ou conserver, directement ou indirectement, un intérêt quelconque dans une entreprise ou dans une opération dont elle a, au moment de l'acte, en tout ou partie, la charge d'assurer la surveillance, l'administration, la liquidation ou le paiement... ».

L'article R.161-85 du CSS étend la sanction de la prise illégale d'intérêt à *« tout traitement, par les membres ou collaborateurs de la HAS, d'une question dans laquelle ils auraient un intérêt direct ou indirect ».*

Les personnes collaborant occasionnellement aux travaux de la Haute Autorité, les experts, les personnes qui apportent leur concours au collège ou aux commissions spécialisées de la Haute Autorité et les membres des commissions spécialisées ne peuvent, sous les peines prévues à l'art.432-12 du Code Pénal, traiter une question dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.

De plus, le délit peut être considéré comme constitué même s'il n'y a pas eu de recherche d'un gain ou avantage personnel, et même si aucun profit n'a été retiré de l'intervention. En outre, le délit ne suppose pas que la collectivité ait subi un préjudice. La sanction est prononcée même en l'absence de dommage.

Ainsi, outre le cadre réglementaire et législatif, imposant la transparence nécessaire pour préserver l'indépendance professionnelle des médecins, le médecin se doit également d'acquérir un esprit critique.

Pour les étudiants, l'article R1451-1 du CSP, et l'article L4113-6 étendu aux étudiants se destinant aux professions médicales, l'interne doit faire l'objet d'une déclaration publique d'intérêt.

Il peut aussi demander à ce que les conflits d'intérêts de ses enseignants soient dévoilés.

Il doit lui aussi conserver un esprit critique, comme tout médecin, et ne pas se laisser prendre par l'argument d'autorité.

Au sein de l'enseignement facultaire, plusieurs organismes nationaux et internationaux préconisent un enseignement critique.

En France, le Sénat publie deux propositions en 2006 :

« Lutter contre les ingérences des firmes dans la formation des futurs médecins, en interdisant notamment les actions de type sponsoring ou lobbying (attribution de bourses, remise de prix ou de cadeaux, visites médicales). »

« Introduire la culture de l'indépendance et de la transparence dans l'enseignement et la pratique médicale, chaque enseignant de faculté devant déclarer ses conflits d'intérêts : conflits d'intérêts généraux dans une déclaration annuelle actualisée et conflits d'intérêts spécifiques au cours enseigné. »

Depuis 2007, l'American Medical Student Association (AMSA) anime la campagne « Just Medicine » autour de l'indépendance face aux firmes pharmaceutiques, avec pour slogan *" No Kick Backs. No Speakers Bureaus. No Free Samples. JUST MEDICINE."* (Pas de dessous de table, pas de visiteurs, pas d'échantillons gratuits. Juste des médicaments). Un programme d'enseignement sur ce thème est mis à disposition, nommé "Pharm free CV". [49]

Dans la continuité, en 2008, l'Association Américaine des Collèges Médicaux (AAMC) puis l'Institute of Medicine (IOM) américain recommande *« un enseignement aux étudiants et au personnel facultaire sur le développement du médicament, de la phase de découverte à la prescription, et sur la gestion des conflits d'intérêts et des relations avec les représentants de l'industrie pharmaceutique et de matériel médical. »* [48]

En 2009, l'OMS et l'HAI (Healthy Action Internationale) publie conjointement un manuel pratique " Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre " [50] pour aider les enseignants et les professionnels de santé à dispenser aux étudiants en médecine et pharmacie une formation sur la promotion pharmaceutique. Il sera traduit en français par la HAS en 2013.

Dans cette idée, le programme des ECN inclus depuis 2009 la Lecture Critique d'Article (LCA).

Il faudra attendre 2017 pour qu'une charte éthique et déontologique des facultés de médecine et d'odontologie soit rédigée et signée conjointement par la conférence nationale des Doyens des facultés de médecine et de santé et de chirurgie dentaire (noter que la conférence des doyens de pharmacie ne fait pas partie des signataires) : celle-ci s'appuie notamment sur le programme de l'AMSA cité plus haut. [50]

Les mouvements syndicaux de jeunes médecins, à l'instar de l'ISNAR-IMG, sont également actifs sur le sujet.

Le 19ème congrès annuel des internes en médecine générale (janvier 2018), sur le thème "Lobby des labos et esprit critique, les jeunes médecins s'interrogent sur leur indépendance" a été financé sans faire appel à l'industrie pharmaceutique, avec une table ronde autour de la question "Peut-on être médecin et exempt de tout conflit d'intérêt ? "

Le collectif FORMINDEP, fondée en 2004 à l'occasion de la mise en place de l'obligation de FMC des médecins, alors que les industries pharmaceutiques contrôlées la quasi totalité des sessions de FMC, et le travail de recherche de Paul Scheffer [51] a abouti au classement des facultés de médecine selon leur politique vis-à-vis des laboratoires pharmaceutiques : seules 9 UFR sur 37 avaient pris des mesures concrètes pour préserver l'indépendance de leur formation et se prémunir contre les conflits d'intérêts.

L'intégration dans les programmes d'enseignement, d'une formation à l'indépendance vis à vis des laboratoires pharmaceutiques est essentielle.

Plus tôt les liens sont établis, plus les étudiants seront soumis à l'influence prégnante des industries pharmaceutiques. [52]

L'efficacité de l'enseignement précoce est démontrée dans une étude américaine de grande envergure, dont les résultats ont été publiés en 2013. [53]

Les auteurs ont comparé des étudiants qui avaient reçu une formation sur les influences industrielles et en avaient été protégés conformément aux recommandations de l'AMSA, avec les étudiants des années précédentes, avant la mise en place du programme.

La prescription de trois médicaments nouveaux, dont l'efficacité n'était pas supérieure aux anciennes molécules, a été étudiée entre juillet 2008 et mars 2009.

La conclusion était que, pour deux des trois médicaments, les étudiants sensibilisés sur les influences de l'industrie pharmaceutique ont significativement moins prescrit ces spécialités non éprouvées.

CONCLUSION

La médecine actuelle impose davantage de partenaires, allant du patient et sa famille, aux confrères ou collaborateurs médicaux et paramédicaux, à son employeur dans le cas d'une médecine salariée, des organismes payeurs, ou de partenaires commerciaux.

Les différents modes d'exercice multiplient les interactions et l'expression de l'indépendance professionnelle du médecin.

Le contexte socio-économique et le devoir d'efficience ajoutent des contraintes à l'expression de l'indépendance professionnelle du médecin.

L'indépendance professionnelle reste un principe déontologique fort, confirmé dans les textes législatifs, au niveau national et international.

Ainsi, c'est dans un environnement normatif que le médecin doit évoluer.

L'indépendance professionnelle n'est pas synonyme de liberté.

Elle n'est pas simplement une idée que l'on défend.

Elle doit se retrouver dans la pratique quotidienne des médecins, de manière concrète, dans les activités, les comportements ou le statut juridique ou contractuel qui régissent leur pratique.

Elle est le fruit d'un ajustement permanent des variables qui composent l'exercice médical : le médecin et ses connaissances acquises et entretenues, les références admises et protocoles établis par la collectivité, le cadre législatif, les moyens financiers et le patient et sa volonté.

Cette démarche est une obligation déontologique et législative, et nécessite une vigilance à chaque instant pour ne pas rompre le contrat de confiance établi avec son patient, car c'est au sein de ce *« colloque singulier »* que doit s'exprimer, in fine, l'indépendance de la décision médicale.

« La médecine, heureusement, a la vie dure : son coeur libéral et son esprit indépendant sont réconfortés par la confiance des malades. »

(Pr René Moreau, dans la préface du livre de J.L. Cariage).[19]

L'ordre des médecins, dans sa mission première, veille à cela.

DEUXIÈME PARTIE :
évaluation d'un guide pratique et son évaluation

I. INTRODUCTION …….……. p66

II. MATERIELS ET METHODES …….……. p69

III. RESULTATS …….…….…. p71

A. Données démographiques ……..p71

B. Connaissances et ressenti des médecins sur le thème de l'indépendance professionnelle des médecins ……...….p74

C. Evaluation du guide …….....p78

IV. DISCUSSION …….……. p81

Conclusion …….…… p91

I. INTRODUCTION

Depuis les débuts de la médecine, le médecin se questionne et s'engage sur les valeurs morales à développer et à défendre.

Les valeurs de probité, de rigueur et de dévouement ont traversé les âges.

Depuis l'ère napoléonienne, le médecin est pénalement responsable de ses actes. La responsabilité médicale est le corollaire de l'indépendance professionnelle des médecins.

Pour assumer pleinement ses actes, un médecin doit être indépendant dans ses décisions.

Pilier de la profession, admis par tous, l'indépendance professionnelle des médecins est définie par les textes fondateurs de la profession et le droit français.

L'indépendance professionnelle du médecin est le garant d'une médecine honnête, de qualité, guidée par les seuls intérêts du patient.

Cette indépendance sert le médecin, qui pratique son art en pleine conscience, et assume pleinement ses responsabilités.

Cette indépendance sert le patient, en lui garantissant une relation saine et un secours désintéressé.

La relation de confiance établit ainsi entre le médecin et son patient, fondement du contrat de soin, garantira à chacun ses droits.

La médecine actuelle impose davantage de partenaires, allant du patient et sa famille, aux confrères ou collaborateurs médicaux et paramédicaux, à son employeur dans le cas d'une médecine salariée, des organismes payeurs, ou de partenaires commerciaux.

Les différents modes d'exercice multiplient les interactions et l'expression de l'indépendance professionnelle du médecin.

Le contexte socio-économique et le devoir d'efficience ajoutent des contraintes à l'expression de l'indépendance professionnelle du médecin.

C'est dans un environnement normatif que le médecin doit évoluer, et préserver son indépendance.

Elle doit se retrouver quotidiennement, et concrètement, dans les activités, les comportements ou le statut juridique ou contractuel qui régissent la pratique médicale.

Elle est le fruit d'un ajustement permanent des variables qui composent l'exercice médical : le médecin et ses connaissances acquises et entretenues, les références admises et protocoles établis par la collectivité, la cadre législatif, les moyens financiers et le patient et sa volonté.

Cette démarche est une obligation déontologique et législative, et nécessite une vigilance à chaque instant pour ne pas rompre le contrat de confiance établi avec son patient, car c'est au sein de ce *« colloque singulier »* que doit s'exprimer, in fine, l'indépendance de la décision médicale.

L'Ordre des médecins, dans sa mission première, veille à cela.

D'après le rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale de l'année 2016 [54], parmi les 1108 décisions rendues en formation collégiale :

- les plaignants sont des particuliers dans près de 60% des plaintes examinées par les conseils départementaux de première instance (CDPI), dont 51% en agissant seuls, suivi du CDOM (30%, dont 16,5% seul) et des médecins (17%, dont 14% seuls).
- les motifs majoritaires sont, à part égale, pour 25% liés à la thérapeutique (absence de soins consciencieux, traitements dangereux ou inadaptés), et pour 25% liés à la rédaction de certificats médicaux (complaisance, arrêt de travail, immixtion dans les affaires de famille).

  Suivent ensuite les problèmes de diagnostic (10%), les failles dans l'information et le consentement du patient (8%), le non respect du secret médical (5%). Les problèmes de compérage et relatifs aux contrats sont une minorité.

Ainsi, pour plus d'un tiers des affaires, le médecin est remis en cause pour des motifs en relation directe ou indirecte avec son indépendance professionnelle.

Parallèlement à ces chiffres, on constate que la formation déontologique en France reste limitée.

Dans un article paru en 2010, Anne Bloch [55] recense, sur l'année universitaire 2007-2008 un enseignement spécifique dans la totalité (sauf une) des facultés, en général en première année de médecine.

Parmi les thèmes abordés, la relation médecin—malade est majoritaire (82%), les notions de déontologie (66%) et le droit médical (53%) représentent une part non négligeable.

Il existe cependant des disparités dans cet enseignement.

En France, le volume horaire cumulé des cours obligatoires est en moyenne de 34 heures, variant entre 0 et 112 heures, ce qui est inférieur à la pratique européenne (entre 0 et 107 heures ; moyenne 44 heures) ; et à la pratique nord-américaine (entre 5 et 200 heures).

Or, les médecins de demain seront le reflet de la formation initiale qui leur est proposé.

Dès 1957, Robert Merton, sociologue, écrivait :

"Les études de médecine vont en effet constituer un moment décisif de la socialisation professionnelle. C'est au cours de cette période d'apprentissage que la profession, ou plus exactement, que la profession à travers son corps de médecins-enseignants, va initier les novices à l'identité professionnelle des médecins (...) et c'est par cette initiation que la profession va pouvoir exercer un contrôle sur ce que vont devenir ces futurs médecins. C'est l'ensemble des valeurs, des idées, des normes, des comportements qui composent la culture professionnelle qui constitue l'enjeu de cette initiation."

Au décours de cette formation initiale, le médecin se doit d'entretenir ses connaissances, par le programme de développement personnel continu (DPC). C'est une obligation depuis 2012, sous peine de sanction pour insuffisance professionnelle.

A ce sujet, Nora BOUGHRIET, dans sa thèse intitulée *« Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine. L'accès du médecin à la connaissance juridique »* [56], constate à la fois une faible participation des médecins (moins de 20%), et une offre de formation proposant essentiellement des thématiques médicales (plus de 90%).

De plus, les médecins privilégient la consolidation de connaissances déjà acquises et évaluent mal leurs besoins réels.

En effet, le médecin, comme tout individu, peut être victime de biais cognitif.

Le biais cognitif est un mécanisme de la pensée causant une déviation systématique du jugement par rapport à la réalité.

L'illusion de l'unique invulnérabilité, biais cognitif permettant de se sentir non influençable, contrairement à ses confères, expose le médecin à des situations dans lesquelles sont indépendance est en jeu, sans qu'il n'en soit conscient. [50]

Ainsi, il nous est apparu opportun de proposer aux médecins un guide pratique sur le thème de l'indépendance professionnelle, afin de raviver ou compléter leurs connaissances dans ce domaine, de maintenir leur vigilance dans le but de les préserver de toute poursuite disciplinaire ou judiciaire, et de préserver la relation de confiance établie avec leur patient.

Notre étude porte sur les connaissances et le ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle des médecins, ainsi que sur la pertinence et l'évaluation d'un guide sur le sujet.

L'objectif principal est d'évaluer les connaissances et le ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle

L'objectif secondaire est d'évaluer la pertinence d'un guide sur le thème, et d'évaluer le guide.

II. MATERIELS ET METHODES

Il s'agissait d'une étude régionale et multicentrique, transversale, descriptive.

Rédaction du guide

Le guide est le fruit d'un travail collaboratif, lors de réunions de brainstorming avec des médecins volontaires des 4 CDOM lorrains et du CROM lorrain.
Les articles ont été rédigés par ces médecins, ou par des personnes ressources dans les différents domaines.

La mise en page a été faite par un professionnel de l'édition.

La diffusion du guide était prévue initialement par courrier.
Pour des contraintes budgétaires, il a été décidé de le formaliser sous format numérique et de l'envoyer par voie électronique le 09/02/2017, pour les médecins enregistrés dans la base de données des CDOM ; et mis à disposition sur le site internet du CDOM 54.

Elaboration du questionnaire

Le questionnaire, anonyme, intitulé " Connaissances et ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle", comprenait 18 items répartis en 3 parties, avec des données épidémiologiques (situation personnelle et professionnelle), des questions relatives aux connaissances et ressenti des médecins sur le thème de l'indépendance professionnelle, et des questions d'évaluation du guide.
Le dernier item était un espace de commentaire libre.

Le questionnaire a été testé une première fois auprès des médecins ordinaux, lors d'une réunion du CDOM 54, afin d'en évaluer sa clarté.
Certaines questions ont été supprimées ou modifiées.

Il se présentait sous la forme d'un auto-questionnaire en ligne, sur la plateforme "google form".
Le questionnaire a été annoncé dans le courrier électronique d'envoi du guide, ainsi que dans le guide lui même.

Echantillonnage

La population cible était constituée des 3803 médecins spécialistes et 3314 médecins généralistes soit 7117 médecins lorrains recensés en 2016. *
Cependant, l'inscription à la liste de diffusion des CDOM étant facultative, tous les médecins n'ont pas reçu le mail, mais ils avaient accès au site internet du CDOM 54.
De plus, le CDOM 57 et le CDOM 88 se sont finalement retirés du processus final, les médecins mosellans et vosgiens n'ont donc pas reçu de mail avec la version numérique du guide.

Ainsi, seuls les 1465 médecins spécialistes et 1923 médecins généralistes soit 3388 médecins lorrains du département 54 (Meurthe-et-Moselle) et 55 (Meuse) recensés en 2016 ont été destinataires du guide.

Recueil et exploitation des données

Le questionnaire est resté à disposition entre le 09/02/2017 et le 31/03/2017.

Certains médecins n'ont pas pu avoir accès au guide avant de répondre au questionnaire. Leurs réponses n'ont pas été exploitées dans la partie qui concernait le guide.

Les variables qualitatives sont exprimées à l'aide de pourcentage.

Les variables quantitatives sont exprimées à l'aide de leurs moyennes.

Pour les comparaisons entre les groupes, aucun test statistique n'a été réalisé. Seules les différences semblant significatives sont exprimées.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Excel.

III. RESULTATS

Nous avons recueilli 62 questionnaires, soit un taux de réponse de 2%.

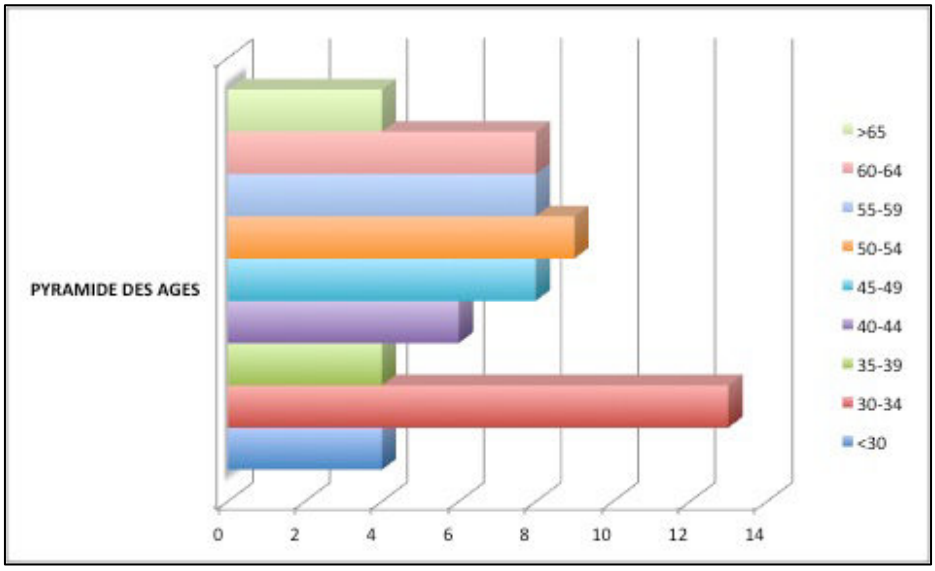
Les 62 questionnaires sont exploitables, mais 7 ne l'ont été que partiellement en raison de l'absence de connaissance du guide.

A. Caractéristiques démographiques et professionnelles de l'échantillon

Répartition par genre : notre échantillon se composait de 45% de femmes et 55% d'hommes.

Age

La moyenne d'âge des médecins répondants était de 47,5 ans, avec des âges allant de 27 à 70 ans. La médiane est de 48,5 ans. La répartition se fait ainsi :



Durée d'exercice

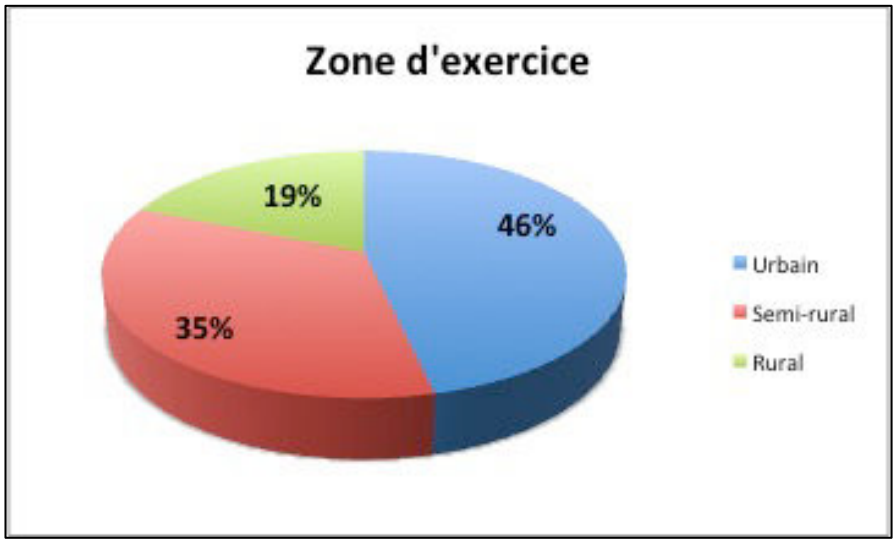
La durée d'exercice moyenne était de 18 ans, avec des extrêmes allant de 0 à 44 ans. La médiane était de 18 ans.

Répartition par département

Dans l'échantillon, le département de la Meuse représentait 46% des médecins répondants, et 54% pour le département de Meurthe-et-Moselle.

Zone d'exercice

Dans l'échantillon, 81% des médecins exerçaient en zone urbaine ou semi-rurale.

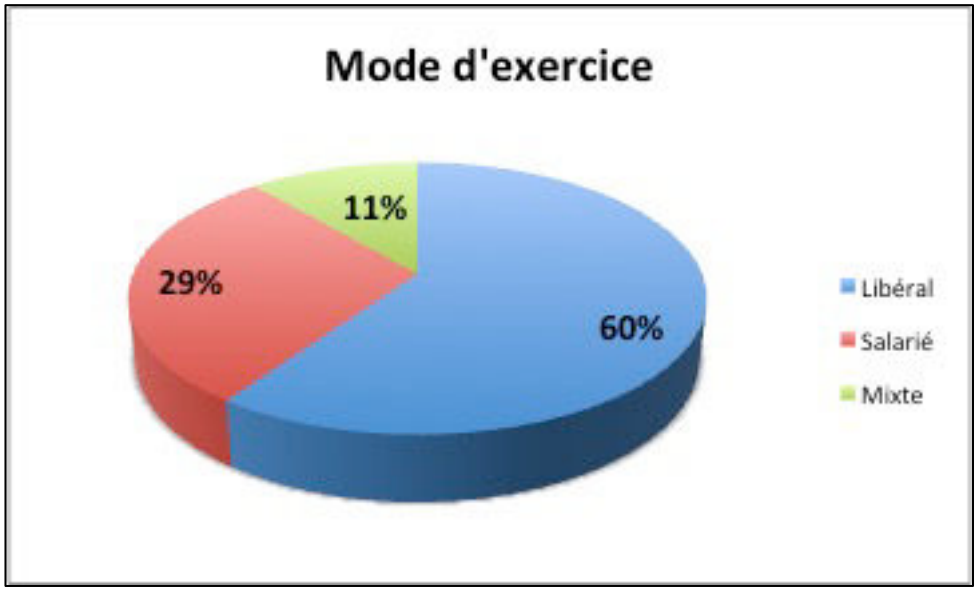


Spécialité

Dans l'échantillon, 61% des médecins étaient spécialistes en médecine générale.

Mode d'exercice

Dans l'échantillon, la majorité des médecins exerçaient en activité libérale.



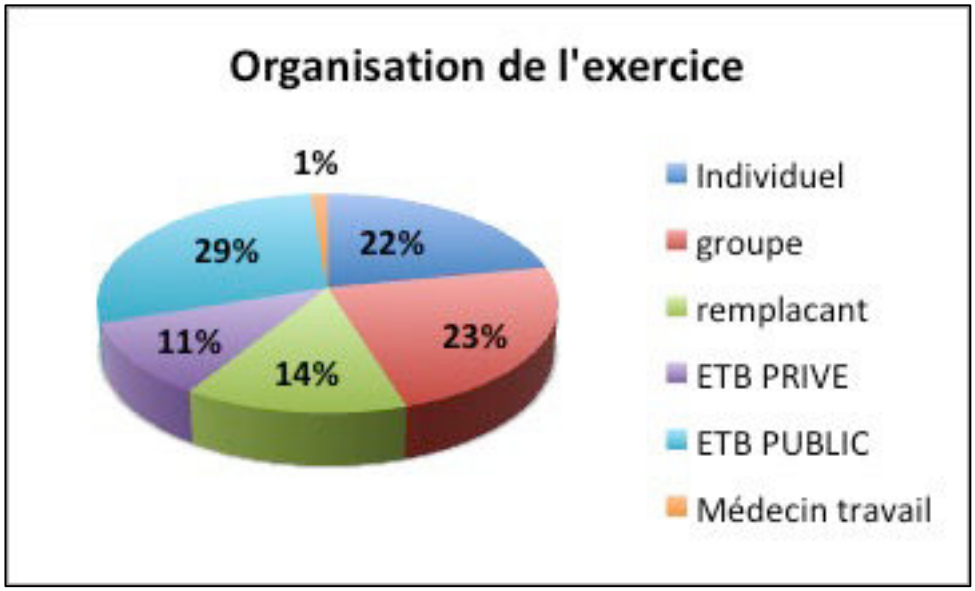
Organisation de l'exercice

Les exercices au sein de l'échantillon étaient diversifiés.

Il y avait un équilibre entre l'activité individuelle et en groupe.

L'activité en établissement public était majoritaire par rapport à l'activité en établissement privé.

La médecine du travail était minoritaire.

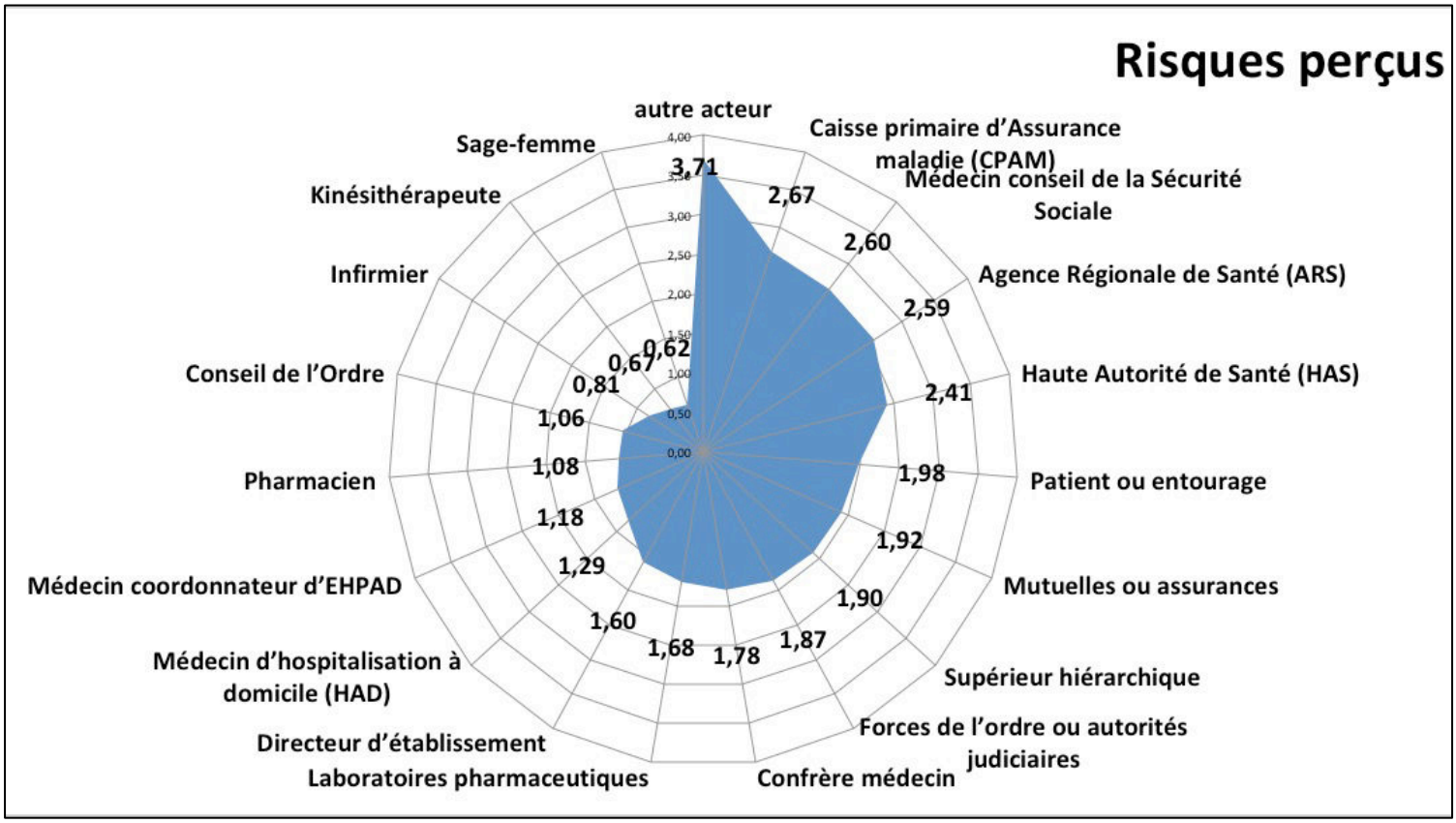


B- Connaissances et ressenti des médecins sur le thème de l'indépendance professionnelle

A la question : ***"Pensez-vous avoir notion de ce qu'est l'indépendance professionnelle des médecins ?"***,

90% des répondants affirmaient que OUI.

A la question : ***"Parmi ces acteurs, lesquels peuvent-ils, selon vous, compromettre votre indépendance professionnelle ?" (en graduant de 0 = pas de risque ; à 5 = risque maximal),*** les résultats se répartissaient ainsi :



Parmi les "autre acteur" mentionnés (nombre de points attribués):

- le médecin lui-même (5)
- son réseau amical ou familial (2)
- les réseaux de soins (3)
- les prestataires de service (5)
- le gouvernement (5) et les hommes politiques
- l'économie (4)
- les sociétés savantes (4)
- la faculté de médecine et organismes de formation (5)
- les médias (3).

A la question : ***“ Avez-vous déjà été confronté à une situation risquant de compromettre votre indépendance ? “***,

la réponse était OUI dans 79% des cas.

A la question : ***“ Avez-vous été dans une situation ayant compromis votre indépendance ? “,***

la réponse était OUI pour 47% des médecins.

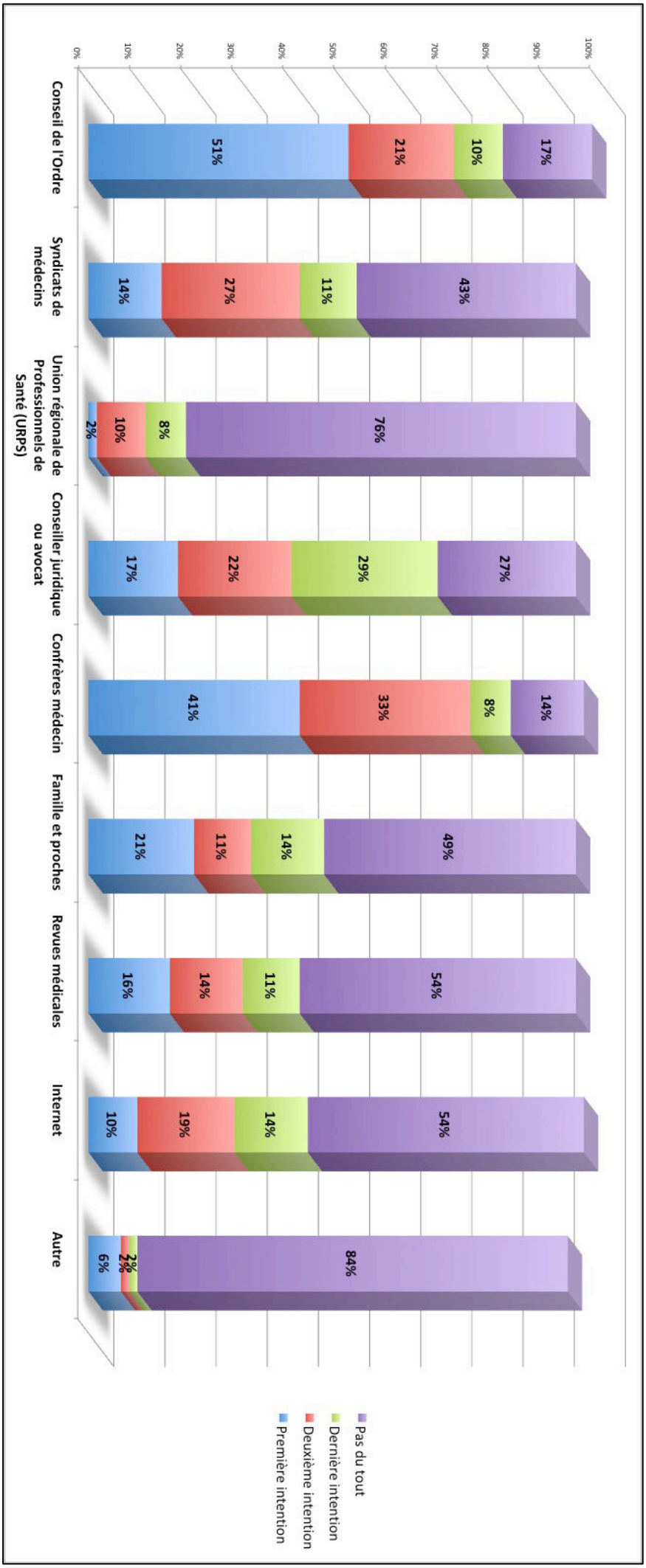
Les recours envisagés dans des situations à risque de perte d’indépendance se répartissaient selon le diagramme suivant.

Le recours envisagé en première intention était le Conseil de l’Ordre pour la majorité des répondants, puis un confrère médecin.

En seconde intention, étaient mentionnés un confrère médecin, un syndicat et le Conseil de l’Ordre.

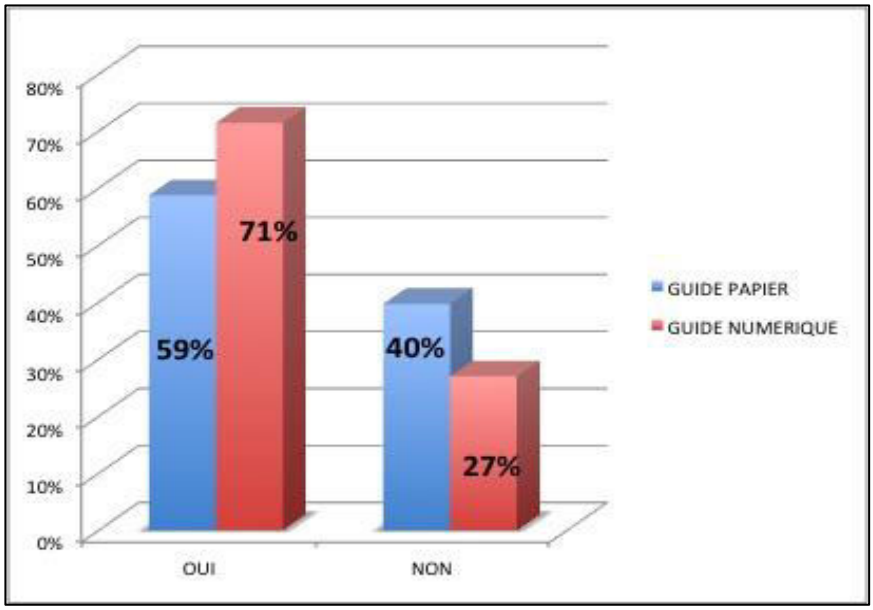
Au total, le Conseil de l’Ordre était l’interlocuteur privilégié par les répondants, suivi d’un confrère médecin, un conseiller juridique ou avocat, et un syndicat.

Les autres recours étaient minoritaires.


100%
90%
80%
70%
60%
50%
40%
30%
20%
10%
0%
Conseil de l'Ordre
Syndicats de médecins
Union régionale de Professionnels de Santé (URPS)
Conseiller juridique ou avocat
Confrères médecin
Famille et proches
Revues médicales
Internet
Autre
17%
10%
21%
51%
43%
11%
27%
14%
76%
8%
10%
2%
27%
29%
22%
17%
14%
8%
33%
41%
49%
14%
11%
21%
54%
11%
14%
16%
54%
14%
19%
10%
84%
2%
2%
6%
Pas du tout
Dernière intention
Deuxième intention
Première intention

A la question : “ ***Pensez-vous qu’un guide pratique sur le thème de l’indépendance professionnelle du médecin pourrait faciliter votre pratique ? ”,***

la réponse majoritaire était OUI, avec une préférence pour la version numérique.

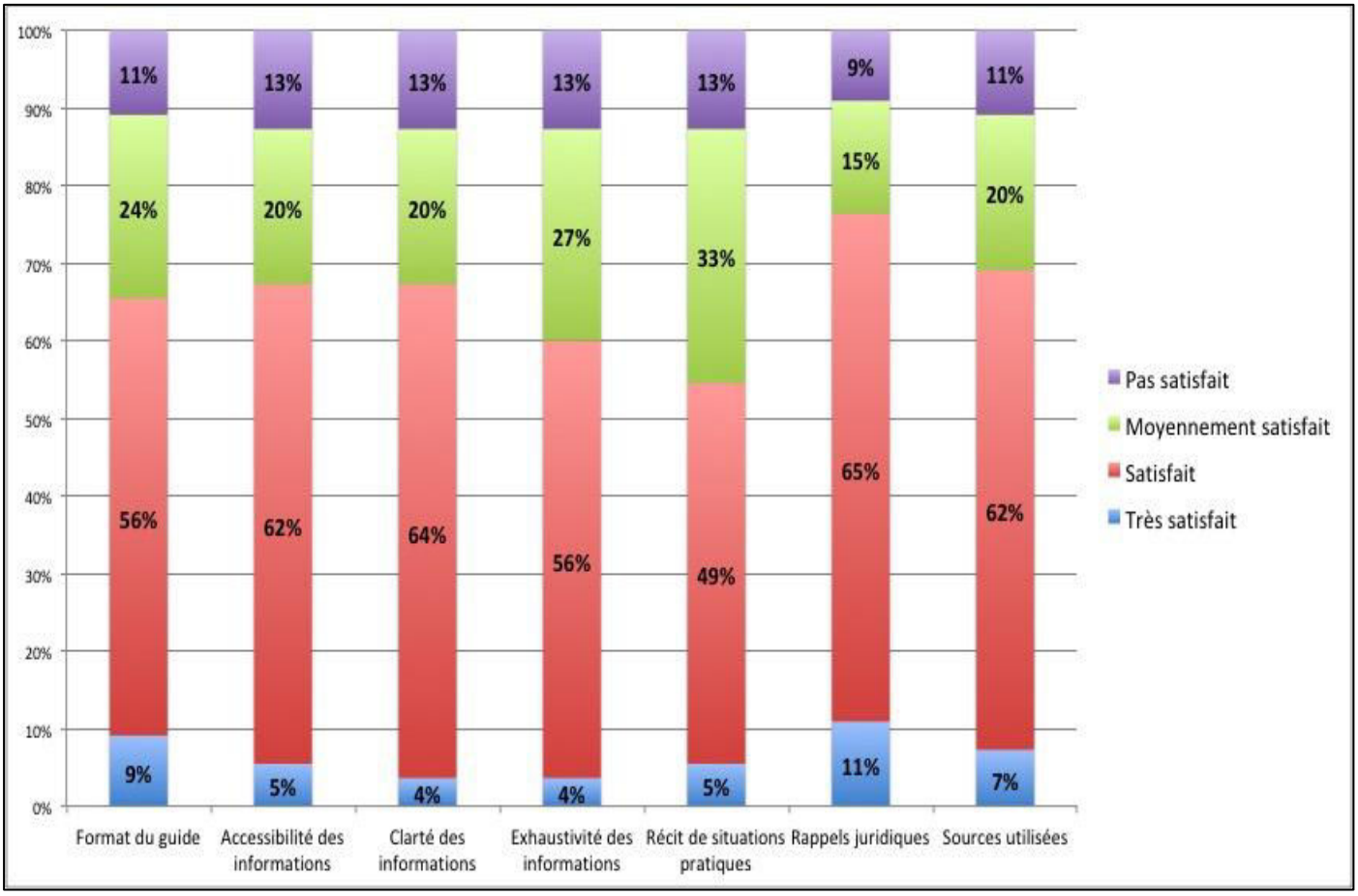


C- Evaluation du guide

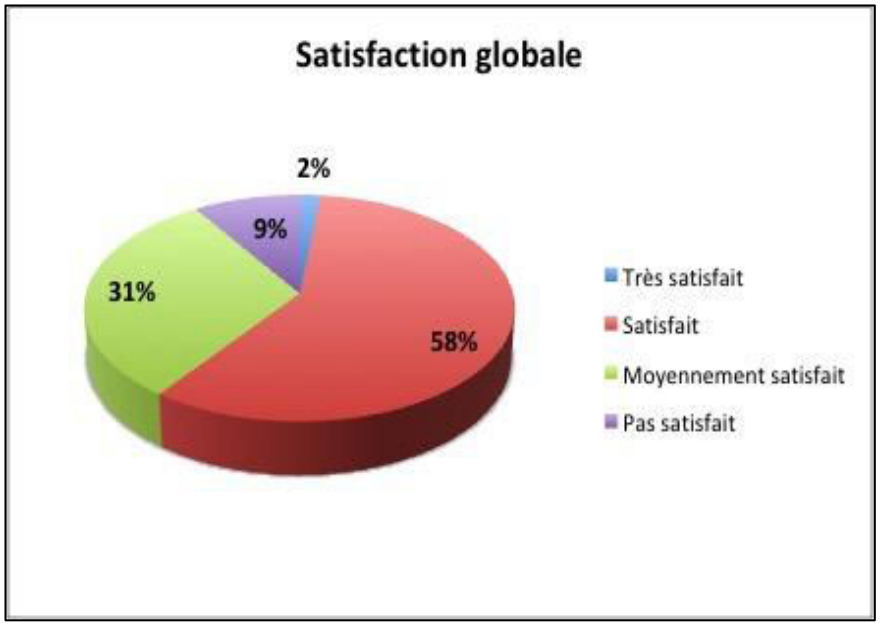
Dans l'analyse de cette partie, 7 répondants sont exclus suite à la non lecture du guide au préalable.

Les items évalués étaient : le format du guide, l'accessibilité, la clarté et l'exhaustivité des informations, le récit de situations pratiques, les rappels juridiques et les sources utilisées.

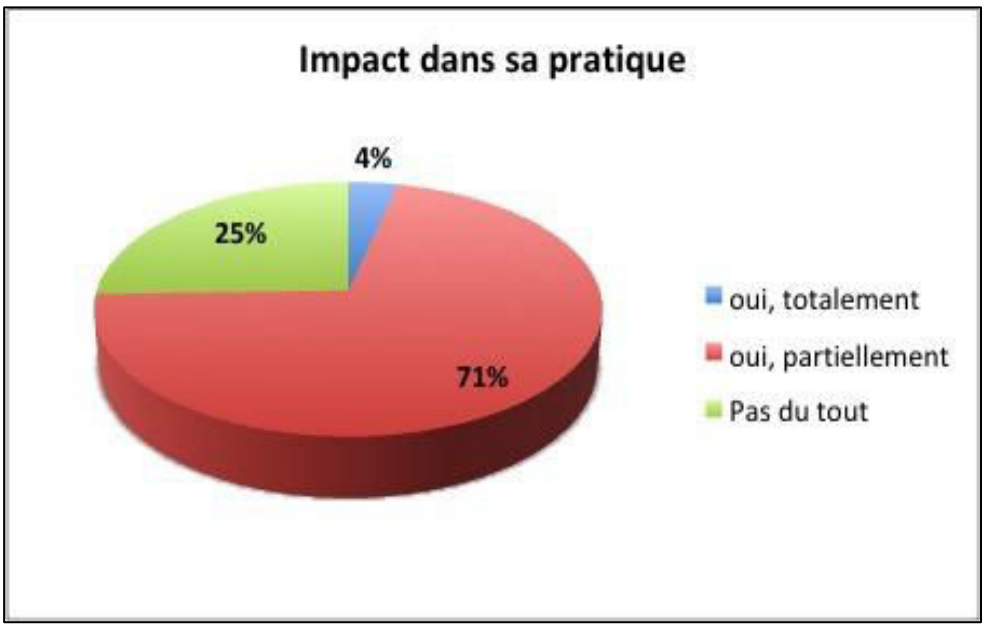
Pour l'ensemble de ces critères, les répondants étaient très satisfaits ou satisfaits.



La satisfaction globale était excellente, avec 60% de très satisfait à satisfait, seulement 9% de non-satisfaits.



L'impact du guide était majoritairement positif. 75% des répondants déclaraient que le guide aura un impact dans sa pratique, totalement ou partiellement.



La dernière question laissait un espace de commentaires aux répondants.

Seulement 5 personnes y ont laissé des commentaires (nombre de réponse) :

- guide « à utiliser sans modération » (1)
- guide non adapté à certaines pratiques : médecin-pompiers (1), médecin de PMI (1)
- Item manquant : relation aux industries pharmaceutiques (2)

IV. DISCUSSION

Limites et biais de l'étude

L'échantillon ayant répondu au questionnaire restait faible par rapport à la population testée. De plus, les départements de Moselle et Vosges étaient absents de l'étude. Il est possible que ce **biais d'échantillonnage** influe nos résultats.

Par ailleurs, les médecins siégeant au niveau de l'ordre ont été largement sollicités pour y répondre. Il y a donc probablement un **biais de recrutement**, avec davantage de médecins en lien direct avec les Conseils départementaux de l'Ordre.

Comme pour toute étude, le **biais d'auto-sélection** est possible : les médecins se sentant concernés par le sujet ont un taux de participation plus important.

De plus, le **biais d'invulnérabilité** cité plus haut accentue le **biais d'auto-sélection** : les médecins les plus exposés l'ignorent, et donc leur intérêt pour notre étude est moindre.

Sept questionnaires n'ont pas pu être inclus dans l'analyse du guide, puisque les répondants ont signalé qu'ils ne l'avaient pas lu. Ceci peut donc constituer un **biais d'analyse** sur l'évaluation du guide.

Le guide et son évaluation ont été réalisés avec le soutien et la participation des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins lorrains et du Conseil régional de l'Ordre des médecins de Lorraine, ce qui peut constituer un **conflit d'intérêts**.

Interprétation des résultats

Comparaison de l'échantillon à la population testée

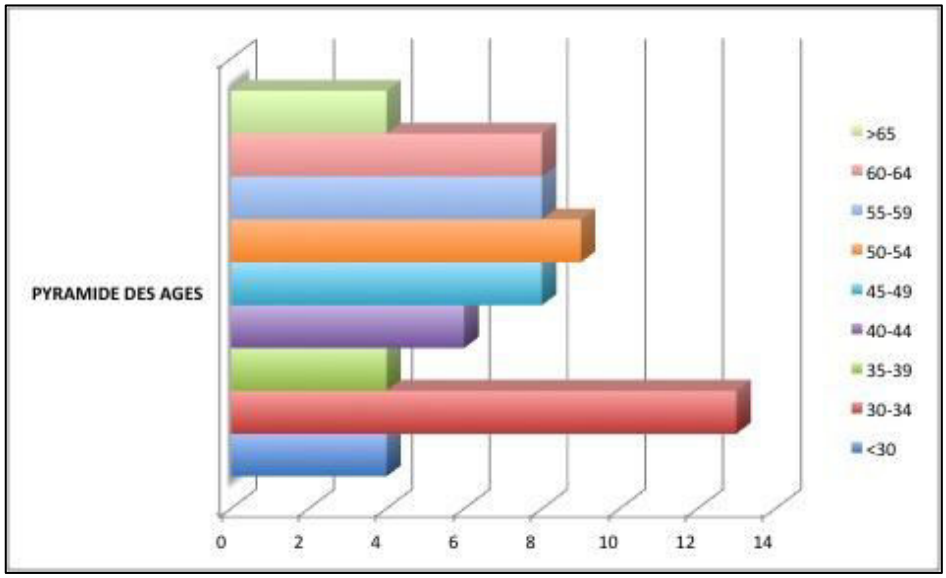
Pour cette partie, nous nous sommes basés sur les données du *PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2027, État de santé de la population et état de l'offre de la région Grand Est : 7. RESSOURCES HUMAINES EN SANTE (avril 2017).*

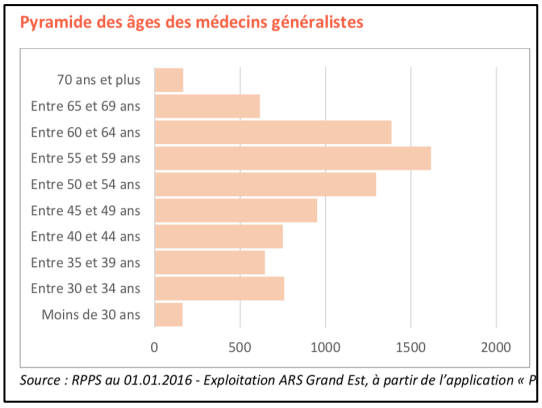
Malgré un faible taux de réponse, notre échantillon restait globalement représentatif des médecins du Grand Est, sur les critères du genre et de l'âge.

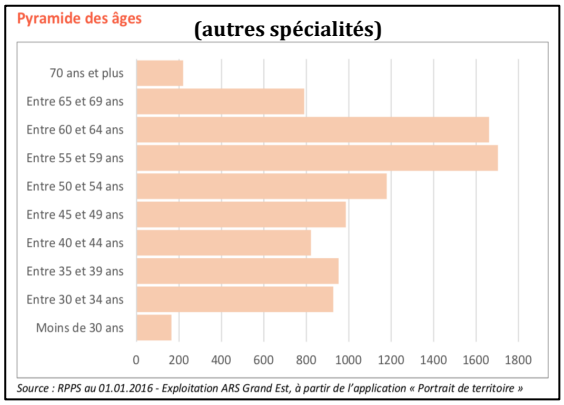
Le taux de féminisation moyen en région Grand Est est de 40%, contre 45% dans notre étude.

La moyenne d'âge des médecins en région Grand Est est de 51,9 ans, contre 47,5 ans dans notre étude.

La pyramide des âges était comparable à celle des médecins généralistes et spécialistes en région Grand Est, en dehors de la tranche 30-34 qui était exceptionnellement surreprésentée dans l'échantillon, ce qui expliquait un échantillon plus jeune que la population cible.







Cependant :

- les médecins meusiens étaient surreprésentés dans l'échantillon (46%) par rapport aux données démographiques de la région Grand Est (14% de médecins meusiens).
- il y avait une surreprésentation des médecins généralistes dans l'échantillon (61%), contrairement aux données démographiques de la région Grand Est (43%).
- il y avait une surreprésentation de l'activité libérale dans l'échantillon (60%), par rapport aux données démographiques de la région Grand Est (44%).

Etude des corrélations

Nous avons analysé les résultats en fonction de trois données démographiques : le genre, l'âge et la spécialité.

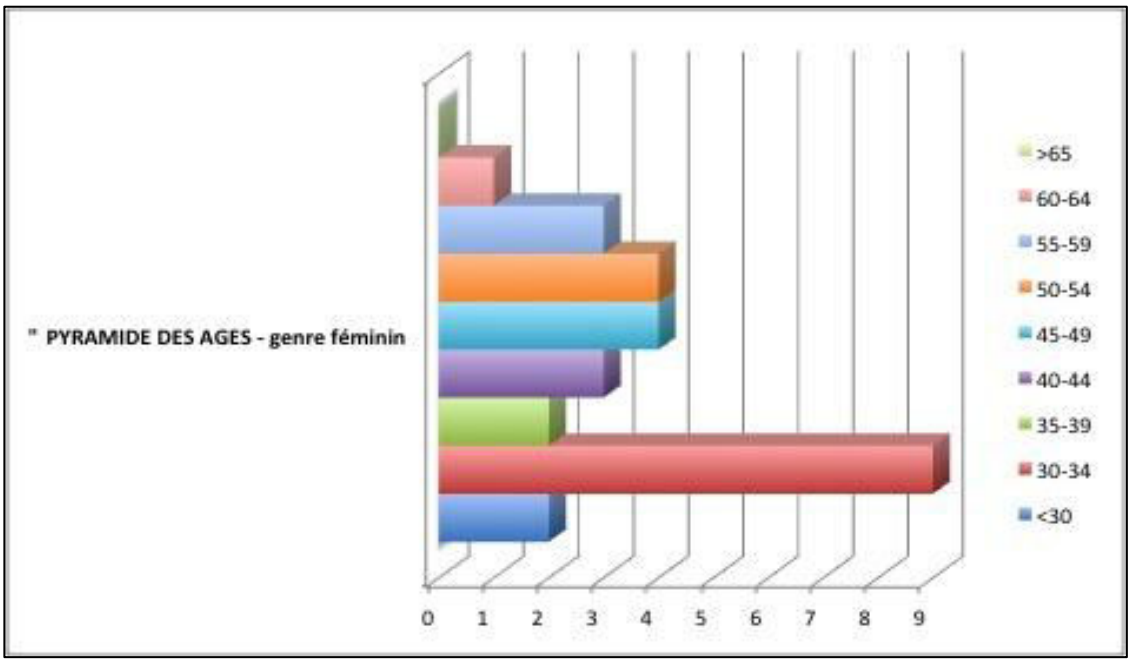
Les autres paramètres n'ont pas été étudiés devant un nombre de sujets trop faible.

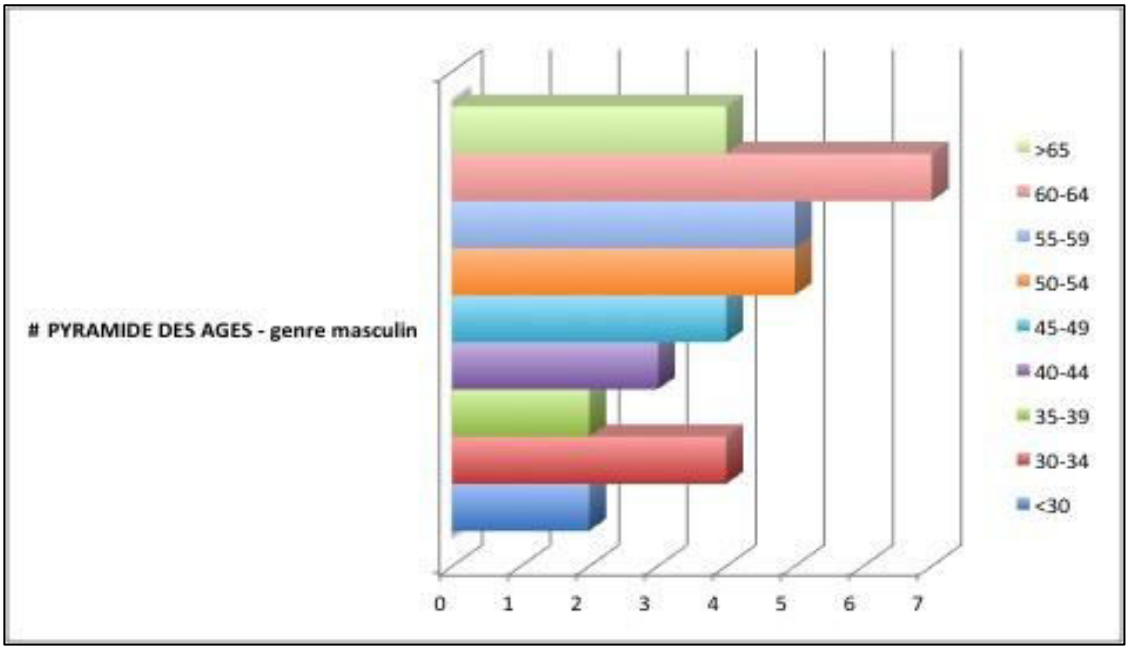
Les résultats ont été reportés dans les tableaux présentés en annexe.

→ Analyse des réponses en fonction du genre :

L'âge moyen de la population féminine était de 42 ans, contre 52 ans pour la population masculine.

La répartition montrait effectivement une population plus jeune chez les femmes que chez les hommes.

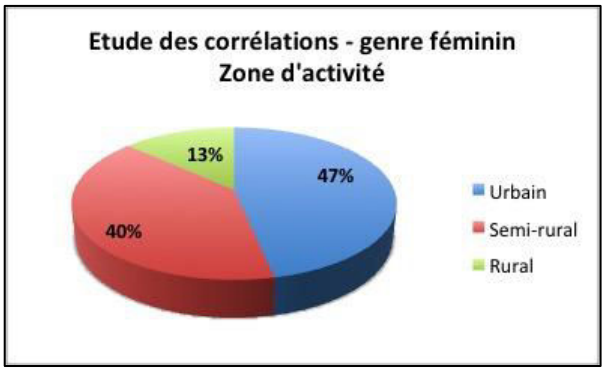


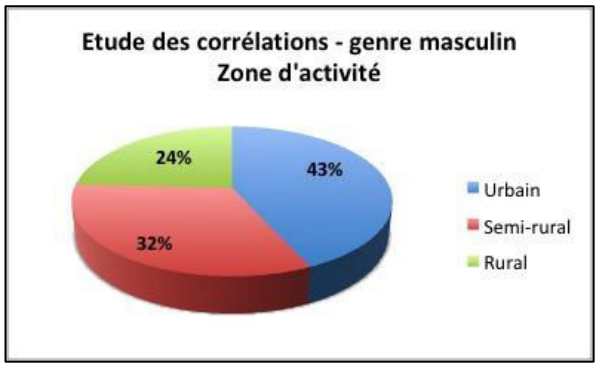


La population féminine provenait majoritairement du département 54 (70%) contre 40% pour la population masculine, qui provenait donc majoritairement du département 55 (60%).

La population féminine se répartissait en majorité sur les zones urbaine ou semi-rurale.

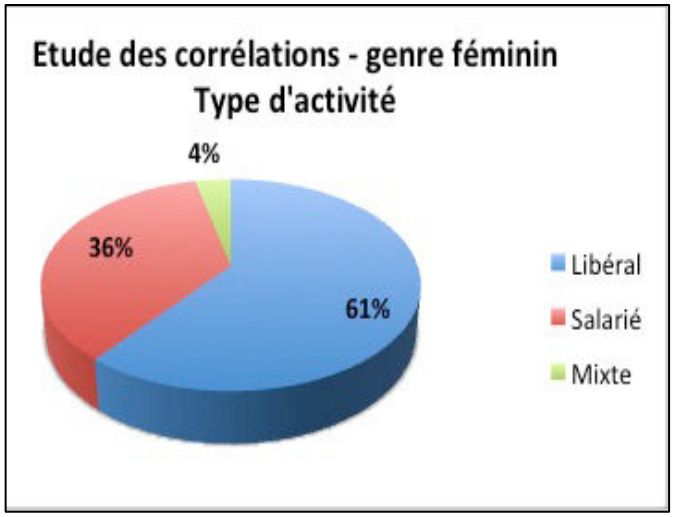
La population masculine exerçait davantage en zone rurale.

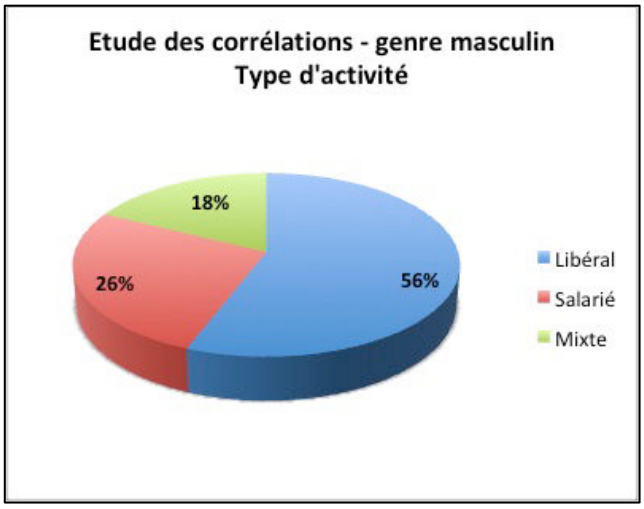




La population féminine avait une proportion de médecins généralistes de 57%, et la population masculine de 62%.

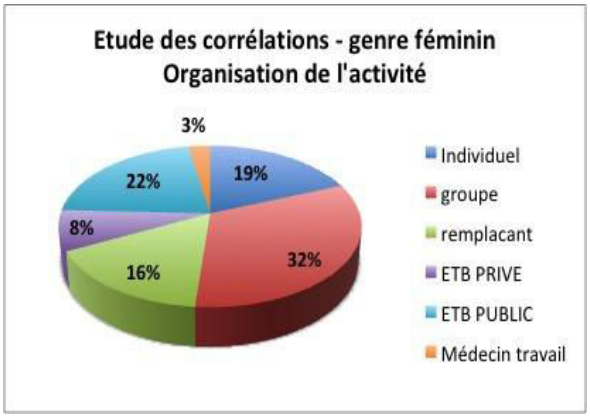
La population féminine se caractérisait par une activité salariée plus importante que la population masculine, au détriment de l'activité mixte qui restait minoritaire.

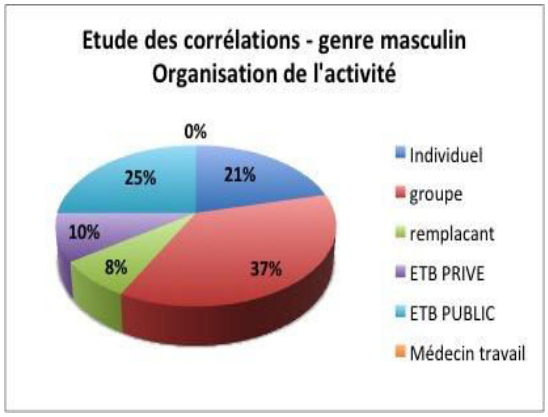




La population féminine se composait davantage de remplaçants que la population masculine.

Les autres organisations restaient équilibrées.





La notion d'indépendance professionnelle des médecins était connue pour 82% des femmes et 97% des hommes.

D'une manière globale, les femmes percevaient un risque plus fort de perte d'indépendance que les hommes, quelque soit l'acteur en cause.

Notons que la population féminine indiquait un risque notablement plus important de perte d'indépendance par le supérieur hiérarchique, le confrère médecin et le Conseil de l'Ordre que la population masculine.

Sur le terrain, 68% des femmes et 88% des hommes affirmaient qu'ils avaient été exposés à un situation à risque ; 36% des femmes et 56% des hommes affirmaient que leur indépendance avait été mise à mal au moins une fois.

Le recours envisagé en première intention restait le Conseil de l'Ordre quelque soit le genre.

La population féminine s'orientait davantage vers les proches en première intention et les syndicats en première et deuxième intention que la population masculine.

L'intérêt d'un guide n'était pas influencé par le genre.

La satisfaction globale restait excellente, indépendamment du genre.

L'impact du guide était peu influencé par le genre : 78% des répondants féminins et 72% des répondants masculins déclaraient que le guide aura un impact dans sa pratique, totalement ou partiellement.

→ Analyse des réponses en fonction de l'âge

Trois tranches d'âge ont été constituées, d'effectifs équivalents : moins de 40 ans (19), de 40 à 54 ans (23), et plus de 55 ans (20).

La proportion des médecins exerçant dans le département 54 diminuait en fonction de l'âge.

La population de médecins étudiée issue du département 54 était donc globalement plus jeune que la population de médecins du département 55, ceci d'autant plus que nous venons de voir que la population féminine, plus jeune, exerçait davantage dans le département 54.

De manière cohérente, l'exercice urbain était plus important pour les médecins jeunes (52%), que pour les plus âgés (36%).

La médecine générale, et l'exercice libéral étaient majoritaires dans les deux tranches d'âge extrêmes.

La catégorie 40-54 ans exerçait davantage en salariat que les autres, même si l'exercice libéral restait majoritaire.

L'exercice individuel était plus important dans la tranche d'âge supérieure.

Le statut de remplaçant ou collaborateur était plus important dans la tranche -40 ans, ce qui est cohérent avec le parcours type du jeune médecin.

L'exercice en établissement privé était absent chez les plus jeunes, au profit des établissements publics.

La notion d'indépendance n'était pas complètement acquise chez les plus jeunes : seulement 68% de réponses positives, contre 100% dans les autres tranches d'âge.

Les risques perçus évoluaient selon l'âge.

Globalement, plus les médecins sont jeunes, et plus le risque perçu était grand, quelque soit les acteurs, avec un accent sur le patient et son entourage, le supérieur hiérarchique, le Conseil de l'Ordre et les laboratoires pharmaceutiques.

La tranche d'âge intermédiaire était la catégorie qui émettait le moins de risque quelque soit les acteurs, sauf pour le patient et son entourage, le confrère médecin, le supérieur hiérarchique, dont le risque perçu restait supérieur à celui de la tranche d'âge supérieure.

Le vécu était proportionnel à l'âge, tant pour l'exposition à des situations à risque que pour des situations ayant compromis l'indépendance du médecin, ce qui est cohérent avec le cumul d'activité et d'exposition avec l'expérience.

Les recours étaient différents selon l'âge :

- en première intention, les deux premières tranches d'âge s'orientaient davantage vers un conseiller juridique ou avocat, alors que la tranche d'âge supérieure s'orientait vers le conseil de l'Ordre ou un confrère médecin.
- la tranche d'âge intermédiaire n'envisageait que très peu le recours au Conseil de l'Ordre ou les syndicats, quelque soit l'ordre.

L'intérêt d'un guide était plus grand dans les tranches d'âge supérieur, quelque soit le format. Le format numérique était davantage préféré par les plus jeunes.

La satisfaction était meilleure dans la tranche d'âge intermédiaire.

La tranche d'âge supérieure était la tranche exprimant le plus d'insatisfaits.

L'impact dans la pratique restait important quelque soit l'âge, mais de manière dégressive.

→ Analyse des réponses en fonction de la spécialité

Deux groupes ont été créés : spécialiste en médecine générale et autres spécialités.

La répartition par genre était équilibrée, avec 43% de femmes et 57% d'hommes dans chaque groupe.

Les médecins généralistes étaient plus jeunes que les autres spécialistes, avec un âge moyen de 46 ans, contre 51 ans.

La répartition était équilibrée entre les départements, pour moitié dans chaque département, dans les deux groupes.

Les médecins généralistes exerçaient majoritairement en semi-rural ou rural (73%), alors que les autres spécialités sont majoritairement en zone urbaine (67%).

La médecine générale s'exerçait majoritairement en exercice libéral (78%), les autres spécialités majoritairement en exercice salarié (61%).

L'exercice mixte restait minoritaire dans les deux groupes.

L'organisation de l'exercice était semblable entre les deux groupes, sauf pour le statut de remplaçant ou collaborateur qui était quasi absent des autres spécialités.

La notion d'indépendance était acquise pour environs 90% des médecins, quelque soit leur spécialité.

Les risques perçus étaient comparables indépendamment de la spécialité, sauf pour les acteurs spécifiques rencontrés lors de l'exercice propre à chaque spécialité :

- les médecins généralistes pondéraient davantage de risque sur le médecin coordonnateur d'EHPAD et d'HAD

- les autres spécialistes pondéraient davantage de risque sur le directeur d'établissement et le supérieur hiérarchique

Les médecins généralistes déclaraient moins d'exposition à des situations à risque que les autres spécialistes, mais plus de situations ayant compromis leur indépendance.

Les recours semblaient indépendants de la spécialité.

L'intérêt d'un guide n'était pas influencé par la spécialité, ni la satisfaction globale.

L'impact dans la pratique restait important quelque soit la spécialité, mais dans une moindre mesure dans le groupe des autres spécialités (64% contre 80% d'impact partiel ou total).

Analyses croisées

La population féminine se répartissait dans les zones urbaine ou semi-rurale, pour les deux tranches d'âge inférieures, mais majoritairement en zone rurale pour la tranche d'âge supérieure à 55 ans.

Cette tendance était retrouvée dans la population masculine : les jeunes médecins exerçaient davantage en zone urbaine, les médecins les plus âgés en zone rurale ou semi-rurale.

Ainsi, la zone d'exercice était davantage liée à l'âge qu'au genre, mais aussi à la spécialité.

La majorité des médecins généralistes exerçaient en dehors des villes, contrairement aux autres spécialités. Il était donc envisageable d'extrapoler les données corrélées à la spécialité avec le lieu d'exercice.

La proportion de médecins généralistes était plus importante chez les plus jeunes, indépendamment du sexe.

La population féminine se caractérisait par une activité salarié ou mixte plus importante, pour la tranche d'âge intermédiaire uniquement, alors que la proportion entre médecine générale et autres spécialités était identique chez les femmes. La spécialité n'influençait donc pas, dans ce cas, le mode d'exercice.

Cette différence n'était pas retrouvée chez les hommes.

Il y avait davantage de remplaçants, pour les âges extrêmes, quelque soit le sexe.

Il y avait un pic d'activité en groupe pour les femmes les plus âgées, alors que l'exercice individuel était majoritaire chez les hommes les plus âgés.

L'exercice en établissement privé augmentait avec l'âge, quelque soit le genre.

La notion d'indépendance professionnelle des médecins restait proportionnelle à l'âge, indépendamment du genre et de la spécialité, mais les jeunes médecins hommes affirmaient davantage en avoir la notion (83%) que les jeunes médecins femmes (62%).

La perception du risque n'était pas influencée par la spécialité, sauf pour les acteurs spécifiques rencontrés dans l'exercice propre à chaque spécialité.

Elle était plus importante dans les deux tranches d'âge extrêmes, quelque soit l'acteur en cause.

Les hommes jeunes avaient un niveau plus élevé de perception (50,50 points) que les femmes jeunes (37,50 points), tout acteur confondu.

Les jeunes médecins indiquaient un risque notablement plus important de perte d'indépendance par le confrère médecin et le Conseil de l'Ordre, indépendamment du genre.

Les femmes de la tranche d'âge supérieure indiquaient un risque plus fort sur les laboratoires pharmaceutiques, alors que chez les hommes, ceux sont les plus jeunes.

Le risque ressenti vis à vis du supérieur hiérarchique restait élevé chez les femmes, indépendamment de l'âge, alors que seuls les jeunes hommes médecins indiquaient un risque élevé.

Cependant, la proportion des médecins dans le groupe « autres spécialités » était plus importante chez les femmes, et la catégorie « autres spécialités » pondéraient davantage ce risque. L'augmentation du risque était peut être simplement proportionnelle à l'effectif féminin parmi le groupe « autres spécialités ».

L'exposition à des situations à risque était proportionnelle à l'âge chez les femmes, et restait identique chez les hommes, indépendamment de l'âge.

L'exposition à des situations ayant compromis l'indépendance du médecin augmentait avec l'âge, sauf pour les femmes plus âgées où cette situation était moins importante.

Les médecins généralistes déclaraient moins d'exposition à des situations à risque que les autres spécialistes, mais plus de situations ayant compromis leur indépendance.

Cette différence était inversement proportionnelle aux effets de l'âge décrits, puisque les médecins généralistes étaient statistiquement plus jeunes.

Le recours envisagé en première intention restait le Conseil de l'Ordre quelque soit le genre, l'âge ou la spécialité, sauf pour les jeunes hommes médecins qui s'orientaient d'emblée vers un confrère, puis ensuite vers le conseil de l'Ordre.

Le recours aux conseillers juridiques ou avocats augmentait chez les médecins les plus âgés, indépendamment du genre et de la spécialité.

Les jeunes médecins s'orientaient davantage vers les syndicats en deuxième intention, indépendamment du genre ou de la spécialité.

L'intérêt d'un guide n'était pas influencé par le genre ni la spécialité. Les âges intermédiaires indiquaient un intérêt plus important, quelque soit le genre. Le format numérique restait majoritaire quelque soit le groupe analysé.

La satisfaction globale restait excellente, indépendamment du genre, de l'âge ou de la spécialité. Les médecins les plus âgés, quelque soit le genre, et les médecins généralistes étaient les moins satisfaits.

L'impact du guide, majoritairement favorable, était peu influencé par le genre, mais était dégressif avec l'âge, et moins important dans le groupe « autres spécialités ».

CONCLUSION et PERSPECTIVES

La notion d'indépendance n'est pas innée, et se renforce avec l'âge et l'expérience.

L'exposition à des situations à risque est réelle, et proportionnelle à l'âge et l'ancienneté d'exercice, quelque soit la spécialité.

La responsabilité ordinale des médecins est en jeu pour plus de la moitié des répondants, tout critère confondu.

D'après nos résultats, proposer une information sur le sujet semble répondre à un besoin universel, exprimé par tous les médecins.

Les connaissances et le ressenti des médecins sur le thème de l'indépendance sont influencés par l'âge et le genre, mais n'exposent pas plus aux situations à risque.

Une enquête de plus grande envergure permettrait d'orienter les politiques des différents acteurs intervenants dans la formation et l'information des (futurs) médecins.

Le rôle de la société, dès le plus jeune âge, dans le développement d'un sens aiguë de la critique, et la lutte contre les inégalités et la protection de chaque individu, notamment les femmes.

Ensuite la faculté de médecine, les enseignants et les maîtres de stage, qui par la formation des futurs médecins et le compagnonnage, doivent avoir pour objectifs de former, informer et protéger les médecins cadets en participant au développement d'une conscience éclairée.

Par la suite, les formations continues doivent se développer, en toute indépendance, afin de poursuivre dans la lignée de l'enseignement facultaire.

Les médecins, probablement par écho à leur formation initiale, s'orientent facilement vers leurs confrères médecins en cas de problème. Ils pourront donc trouver intérêt et réponses dans les groupes de pairs. Ceux-ci, en intégrant des notions de déontologie en plus des problèmes cliniques, contribueront à protéger la profession.

De même, les groupes d'information ou associations militant pour une indépendance, notamment dans le domaine de la recherche et vis à vis des laboratoires pharmaceutiques, contribuent à sensibiliser les médecins sur le sujet.

Enfin, le rôle du conseil de l'Ordre et ses missions semblent compris, puisqu'il reste le premier recours en cas de problème, mais il semblerait que la communication envers les jeunes médecins devrait être une priorité, afin d'améliorer le recours de ceux-ci au conseil de l'Ordre.

La diffusion du guide à l'échelle nationale, puisqu'il semble satisfaire la population testée et avoir de manière universelle un impact dans leur pratique, serait une perspective à cette étude.

BIBLIOGRAPHIE

1. HALIOUA B. Histoire de la médecine. troisième. MASSON ; 2009.

2. SOURNIA J-C. Histoire de la médecine. La Découverte ; 1997.

3. POUILLARD J. L'Ordre des médecins. Editions Glyphe ; 2011.

4. Ordonnance n° 45-2184 du 24 septembre 1945 relative à l'exercice et à l'organisation des professions de médecin, de chirurgien-dentiste et de sage-femme.

5. DI-CANDIA F. Actualité des aphorismes et du serment d'Hippocrate au travers du code de déontologie médicale actuel. Thèse de médecine générale. Université de Lorraine , faculté de médecine de Nancy ; 2000.

6. BIENCOURT M. et al, L'indépendance de la décision médicale, Rapport CNOM ; 2010.

7. HOERNI B. Ethique et déontologie médicale. Deuxième édition. MASSON ; 2000.

8. sous la direction de MIRKO DG. Histoire de la pensée médicale en occident. EDITIONS DU SEUIL. Vol. 1. Antiquité et Moyen-Age. 1997.

9. MASQUELET AC. Le serment d'Hippocrate. Maloine. 1997.

10. PETIT E-P. Le serment d'Hippocrate : traité désuet ou d'une étonnant modernité ? Thèse de médecine générale. Université de Lorraine, faculté de médecine de Nancy ; 1998.

11. SIMON I. Le "Serment médical" d'Assaph, médecin juif du VIIe siècle: avec une étude comparative du serment d'Hippocrate, de la "Prière médicale" de Maïmonide et du "Serment de Montpellier", 1951.

12. Histoire de la pensée médicale en occident. EDITIONS DU SEUIL. Vol. 2. De la Renaissance aux Lumières. 1997.

13. SIMON M. Déontologie médicale ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation. Libraire de l'Académie royale de médecine; 1845.

14. VERDIER J., La jurisprudence de la médecine en France, ou Traité historique et juridique des établissements, règlements, police, devoirs, fonctions, honneurs, droits et privilèges des trois corps de médecine ; avec les devoirs, fonctions et autorité des juges à leur égard, Première partie, t. I, Malassis le jeune, 1763.

15. CAREGHI (Jean-Christophe), « La responsabilité civile médicale de la fin de l'Ancien Régime jusqu'à l'affaire Thouret-Noroy », RGDM, n° 12, 2008, p. 143-194.

16. VAYRE P. Jean Cruveilhier (1791-1874) Chirurgien promoteur de la preuve par les faits à la médecine fondée sur la preuve - Académie nationale de chirurgie, 2008.

17. CRUVEILHIER J. Des devoirs et de la moralité du médecin : discours prononcé dans la séance publique de la Faculté de Paris, du 2 Novembre 1836

18. GUILLEMAIN H. GUILLEMAIN (Hervé), « Entre morale et droit. Les premiers codes et traités de déontologie médicale (1845-1936) », RGDM, n° 12, 2008, p. 361-376. In.

19. CARIAGE J-L. L'exercice de la médecine en France, à la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle. 1965.

20. NYE Robert A. « Médecins, éthique médicale et État en France 1789-1947 », Le Mouvement Social 2006/1 (no 214), p. 19-36.

21. A. DECHAMBRE. Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Première série. MASSON; 1882.

22. Le Médecin de France : journal officiel de la Confédération des syndicats médicaux français, 1933-05

23. Bulletin de l'Ordre des médecins numéro 1, 1941-04

24. J.-P. ALMÉRAS, H. PEQUIGNOT. La Déontologie médicale. LITEC; 1996.

25. CODE INTERNATIONAL D'ETHIQUE MEDICALE DE L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE Adopté par la 3e Assemblée Générale de l'AMM Londres (Grande-Bretagne), Octobre 1949 et amendé par les 22e Assemblée Médicale Mondiale Sydney (Australie), Août 1968 et 35e Assemblée Médicale Mondiale Venise (Italie), 1983 octobre.

26. Code de déontologie médicale, édition avril 2017 et ses commentaires, accessible sur www.cnom.fr

27. VELLUET L. Le champ de la subjectivité. Conférence Permanente de la Médecine Générale. Pédagogie de la relation thérapeutique. Paris : Editoo.com ; 2002.

28. COSNIER J. Psychologie des émotions et des sentiments. Paris : Retz/Nathan; 1994.

29. SAMSON AL. Faut-il remettre en cause le paiement à l'acte des médecins. 2009

30. CULTER D.M., REBER S.J. Paying for health insurance : the trade Soff between competition and adverse selection. Quaterly Journal of Economics. 1998

31. Conseil National de l'Ordre des Médecins, A propos de la généralisation du tiers-payant, communiqué du 26 février 2014. www.conseil-national.medecin.fr

32. COUTY E., DUPONT M. La révolution silencieuse des professions de santé : démographie, compétences, responsabilités, Revue française d'administration publique 2005/1 (numéro 113), p. 97-112.

33. DEVREESE E. Droits de la santé et réformes hospitalières. Les éditions Demos. 2011.

34. LERAT M. Déontologie et médecine d'équipe - Bulletin de l'Ordre septembre 1994

35. HOERNI B. Pratique médicale en réseau et déontologie, Bulletin de l'Ordre décembre 1997

36. Conseil d'Etat n° 309274 du 2 octobre 2009.

37. CDOM lorrains, Indépendance(s), bulletin spécial, 2007

38. Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, signée le 25 août 2016

39. OGIEN A. Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle. Revue française des affaires sociales. 2001; 4 (4): 51-57

40. SCHLIER M. Pourquoi les médecins généralistes prescrivent-ils hors amm ?, Thèse de doctorat en médecine. Versailles : Université de Versailles, 2013.

41. Conseil d'État N° 334396 du 27 avril 2011

42. COUSIN S. Les positions des médecins généralistes du Nord-Pas-de-Calais face à la Rémunération sur Objectifs de Santé Publique. Thèse de doctorat en médecine. Lille : Faculté de médecine Lille 2, 2014

43. SLOWTHER et Al. Ethics of evidence based medicine in the primary care setting."J Med Ethics. Avr 2004; 30(2):151–5.

44. WHARAM et al, Quality Care and Ethical Pay-for-Performance, JGIM, 2009.

45. Arrêts de travail : face au « délit statistique », MG France appelle au boycott du téléservice, Le quotidien du médecin, 28 août 2014, lequotidiendumedecin.fr

46. B. HOERNI, « Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire », rapport adopté par le Conseil national de l'Ordre des médecins en juillet 2001

47. CERFON J.-F. , « Conflits d'intérêts dans l'exercice médical », rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 8 avril 2011

48. American Association of Medical Colleges. Industry Funding of Medical Education: Report of an AAMC Task Force. 2008.

49. PharmFreeCurriculum, AMSA - http://www.amsa.org/wp-content/uploads/2015/03/ModelPharmFreeCurriculum.pdf

50. MINTZES B et coll. Comprendre la promotion pharmaceutique et y répondre. Un manuel pratique. Organisation mondiale de la santé et Action internationale pour la santé; 2013.

51. SCHEFFER P. Quelle formation à l'indépendance est-elle possible pour les étudiants en médecine, par rapport à l'influence de l'industrie pharmaceutique ? Thèse de sciences de l'éducation, Université Paris 8, École doctorale Sciences sociales, 2017.

52. LEMORTON C. ROBINET A. Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, Assemblée nationale, 2013.

53. KING M. et al, Medical school gift restriction policies and physicial prescribing of newly marketed psychotropic medications: difference-in-differences analysis. BMJ 2013

54. CHAMBRE DISCIPLINAIRE NATIONALE DE L'ORDRE DES MEDECINS, Rapport annuel d'activité de la juridiction ordinale, 2016.

55. BLOCH A.-L. L'enseignement de l'éthique au cours des premier et deuxième cycles des études médicales. État des lieux dans les facultés de médecine françaises Ethique Sante 2010.

56. BOUGHRIET N. Essai sur un paradigme d'alliance constructive entre droit et médecine : l'accès du médecin à la connaissance juridique, Thèse de doctorat en Droit public, université de Lille 2, 2013.

ANNEXES

- ANNEXE 1 : guide pratique …….……... p97
- ANNEXE 2 : questionnaire …….…….. p114
- ANNEXE 3 : étude des corrélations – tableaux de résultats
    - 3a : selon l'âge ou genre …….…… p120
    - 3b : selon l'âge et la genre …….……. p122
    - 3c : selon la spécialité …….……... p124

ANNEXE 1 : guide pratique

INDÉPENDANCE(S) DES MÉDECINS

ARTICLE 5 (ARTICLE R. 4127-5 DU CSP)
"LE MÉDECIN NE PEUT ALIÉNER SON INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE SOUS QUELQUE FORME QUE CE SOIT."

ORDRE DES MÉDECINS
DE MEURTHE & MOSELLE,
DE MEUSE,
DE MOSELLE,
DES VOSGES
ET DE LA RÉGION LORRAINE

CHÈRE CONSŒUR, CHER CONFRÈRE,

Nous sommes heureux de vous adresser ce document réalisé par les Conseils de la région Lorraine de l'Ordre des médecins, à l'initiative et grâce à la ténacité du Docteur Jean-Paul Schlitter.

L'indépendance professionnelle, avec le secret professionnel, constitue l'un des piliers de la Déontologie médicale, dans l'intérêt de nos patients. Vos interrogations, les difficultés que vous nous avez indiquées nous ont conduits à cette réflexion commune, puis au projet de vous en faire part. Elle est un devoir pour nous et un droit fondamental pour les patients. Nous espérons que cette lecture vous intéressera, apportera des éléments utiles à votre pratique, et vous invitera à vous rapprocher de vos conseillers pour approfondir le débat ou chercher des informations.

Avant de vous souhaiter une heureuse année 2017, nous avons souhaité vous rappeler la position du CNOM sur les indispensables conditions de l'indépendance des médecins dans le cadre de la convention médicale conclue en 2016.

L'Ordre des Médecins de Meurthe & Moselle, de Meuse, de Moselle, des Vosges et de la région Lorraine

ANALYSE CRITIQUE DE LA CONVENTION MÉDICALE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Dans le cadre de l'analyse de la convention, le Conseil national de l'Ordre des médecins relève des difficultés importantes. La convention donne à l'Assurance maladie un pouvoir normatif qui ne lui appartient pas sur les contenus métiers, qui pourrait se faire au détriment de l'indépendance professionnelle. En l'état, la convention n'apporte pas de réponse structurelle nécessaire à l'adaptation globale de notre système de santé.
La convention fait le choix d'orienter la rémunération vers des dispositifs précaires et ciblés, sous le contrôle de l'Assurance maladie, plutôt que d'augmenter la valeur des actes de base du médecin conventionné, ce qui équilibrerait les trois piliers conventionnels de la rémunération du praticien auxquels l'Ordre des médecins est attaché. Ce faisant, elle fait peser sur les médecins conventionnés de nouvelles charges administratives obérant un peu plus le temps médical et laissant à ces derniers la tâche d'expliquer aux patients les différents coûts d'actes à géométrie variable. La convention n'intègre pas l'exercice de la médecine de premier recours et de second recours dans la structuration nécessaire de l'offre de soins de proximité, au-delà de l'exercice libéral.

En revanche, le CNOM retrouve dans le texte certaines des propositions avancées préalablement et pendant le débat sur la loi de modernisation de notre système de santé :

- Priorité donnée à la place du médecin traitant dans le parcours de santé du malade.
- Reconnaissance du rôle de la médecine spécialisée de second recours, même si elle est insuffisante.
- Mesures incitatives à la présence médicale en tous points du territoire.
- Volonté de mettre en œuvre des dispositifs dématérialisés d'appui aux médecins et aux usagers.
- Annonce d'une amélioration dans la protection sociale des médecins conventionnés.

Sur ce point, le Conseil national demande au ministère de la Santé et à l'UNCAM de mettre en œuvre dans le prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 ces dispositions attendues par tous les médecins conventionnés, et tout particulièrement les jeunes médecins. Au terme de cette analyse, il apparaît au Conseil national de l'Ordre des médecins que la convention signée le 25 août 2016 n'apporte pas les réponses attendues par les médecins et les usagers pour la facilitation du parcours de soins. Dans ce texte de 455 pages, un trop grand nombre de mesures nous semblent complexifier la relation médecin-malade et l'action des acteurs de la santé. Ces mesures sont susceptibles de fragiliser les valeurs fondamentales de la déontologie médicale. Le Conseil national n'hésitera pas à engager des actions contentieuses si l'application du texte conventionnel conduisait à une remise en cause de l'indépendance professionnelle et du secret médical, notamment lors de l'introduction dans la CCAM des consultations complexes. Le Conseil national s'opposera à ce qu'elle permette, comme cela est prévu par le texte conventionnel, une ré-identification du contenu de la consultation et de la pathologie (par exemple, infection à HIV) prise en charge, qui pourrait faire l'objet d'un traitement par les services administratifs des régimes d'Assurance maladie obligatoires voire complémentaires. Il y aurait là une atteinte au secret médical.

Au service des médecins, dans l'intérêt des patients, nous vous souhaitons une bonne lecture. Nous vous invitons à vous connecter sur le lien **www.franceschetti.fr/questionnaire** qui permettra à Célia Franceschetti d'évaluer l'intérêt que vous aurez porté à ce document, dans le cadre de son travail de thèse.

Bruno Boyer **Jean-Christophe Breton** **Jean-Michel Brichard** **Francis Durupt** **Vincent Royaux**

EXPRIMEZ-VOUS !

Dans le cadre d'un projet de thèse d'exercice pour la faculté de Médecine de Nancy, pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine, je réalise avec le soutien et la collaboration des Conseils de l'Ordre des Médecins de la région Lorraine, et sous la direction du Pr Paolo Di Patrizio et du Dr Jean-Paul Schlitter, une étude sur les connaissances et le ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle, ainsi que l'évaluation de ce guide.
Ainsi, je vous serai gré de bien vouloir compléter un questionnaire en ligne, disponible à cette adresse : **www.franceschetti.fr/questionnaire**. Ce lien sera valable jusqu'au 31 mars 2017.

Je vous remercie de consacrer quelques minutes au plus de votre temps à ce projet.
Avec toute ma reconnaissance.

Célia Franceschetti
Interne en médecine générale, Faculté de médecine de Nancy

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN HOSPITALIER

PR MICHEL CLAUDON, DR BERNARD CHRISTIAN, CÉLIA FRANCESCHETTI

Pr Michel Claudon
Président de la CME du CHRU de Nancy,
Président de la Conférence nationale des Présidents de CME de CHU

Le médecin hospitalier exerce, comme chaque acteur de santé, dans un système organisé où l'interdépendance, et non l'indépendance, des acteurs au sein de l'hôpital est la règle. Cette interdépendance se conjugue au quotidien ; elle se retrouve dans les démarches transversales de l'établissement : projets médical et de soins, amélioration de la qualité du parcours et de la sécurité du patient, accès à l'innovation, management, formation et recherche…

Cependant, la relation intime et confiante entre médecin et patient doit rester le fondement de l'exercice médical, quels que soient les organisations ou les outils de communication existants ou à venir. Cette relation se vit très majoritairement à l'hôpital au sein d'une équipe médicale, en activité programmée comme dans le cadre de l'urgence, dans un exercice collectif à responsabilité partagée. Elle s'y pratique, s'y enseigne. Le cadre nouveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT), introduit par la loi de modernisation de notre système de santé, va donner une nouvelle dimension à cette interaction des médecins, acteurs et responsables, en créant des équipes territoriales, voire des pôles interétablissements. L'émergence de nouveaux métiers et de nouveaux acteurs de santé doit être assumée dans le dialogue entre médecins et non-médecins, privilégiant la continuité et la qualité de la prise en charge du patient.
La professionnalisation de nombreuses fonctions transversales au sein des établissements hospitaliers publics s'accélère actuellement. Par exemple, le regroupement des fonctions achat, s'il est bénéfique en termes de prix, est un risque pour le médecin de se voir imposer des choix qu'il n'a pas validés ou dont il n'a pas été informé. Cela est d'autant plus vrai que les mesures d'économie souhaitées par les tutelles imposent des politiques d'achats groupés à des niveaux régionaux ou nationaux, très éloignés du praticien individuel. Ils concernent notamment les médicaments, les dispositifs médicaux, les appareils biomédicaux, qui sont pourtant les outils de son exercice quotidien. Les médecins doivent donc faire preuve d'une grande vigilance et être actifs dans de nombreux domaines : veille scientifique, pharmaceutique et technique en amont, participation effective aux évaluations techniques des produits, implication dans les structures de choix internes comme les COMEDIMS, affirmation du libre choix de prescription pour chaque praticien. Il en va de même au niveau de la gestion du dossier patient, des systèmes d'information dans chaque établissement et équipe de territoire.

Les modalités de gouvernance interne sont un autre enjeu, que ce soit à la tête d'un établissement, où la CME comme son président doivent porter haut et fort la voix de la communauté médicale, ou au sein des pôles et services.

À ce titre, au CHRU de Nancy, le processus de nomination des chefs de pôle et de service privilégie la démarche de projet partagé, associant une annonce préalable de vacance de poste, une réunion de présentation et une discussion du projet de chaque candidat devant ses pairs médicaux et les responsables de l'établissement, une signature du contrat de pôle et la définition de modalités de suivi.

La dépendance des médecins vis-à-vis du chef de service ou de pôle doit faire place aujourd'hui à une appropriation partagée et solidaire des objectifs et des changements décidés au niveau du projet de service, et une participation collective aux démarches qualité.
Une anticipation des carrières pour les plus jeunes, la pratique d'entretiens annuels entre médecins et chef de service, puis entre chefs de service et chef de pôle doivent permettre une large mobilisation des énergies, et de limiter les risques de tension liés au travail. La réforme en cours du 3e cycle remet le rôle de la formation au premier plan. La Conférence nationale des présidents de CME de CHU propose la mise en place d'un module transversal consacré au parcours patient, théorique et pratique, pour que les règles de base d'organisation et de qualité soient connues et maîtrisées par les futurs médecins, qui seront pleinement acteurs du parcours de soins. C'est aussi par une formation adaptée, nationale ou régionale, qui fera la qualité du management des responsables médicaux futurs, hospitaliers et hospitalo-universitaires.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN HOSPITALIER

PR MICHEL CLAUDON, DR BERNARD CHRISTIAN, CÉLIA FRANCESCHETTI

Celle-ci sera la meilleure garante d'une indépendance du corps médical vis-à-vis des différentes tutelles, dans une restructuration de notre système de santé qui promet d'être longue.
Enfin, le contexte de la recherche, qui est une dimension majeure du CHU comme de plus en plus d'établissements publics et privés, voit se poser régulièrement la question des conflits d'intérêts avec l'industrie. Dans ce domaine, entre nécessité de compétence des experts et impartialité des choix et procédures, la seule arme est la transparence, qui, seule, garantit l'indépendance du médecin chercheur.

Dr Bernard Christian

Indépendance professionnelle et milieu hospitalier

Le principe d'indépendance professionnelle des médecins fait obstacle à ce que les décisions médicales prises par le praticien dans l'exercice de son activité soient soumises à l'approbation d'un autre médecin, à ce que les décisions médicales prises par un praticien hospitalier soient soumises à un accord préalable du chef de service. En pratique, s'il est loisible à l'autorité administrative de décider du cadre réglementaire dans lequel s'exerce l'activité des médecins, il lui est par contre interdit d'intervenir sur le contenu de leur activité.

Cela étant, l'atteinte à l'indépendance professionnelle ne se présume pas, mais doit se déduire d'un ensemble d'indices et d'éléments concrets. Autrement dit, l'aliénation par le praticien de son indépendance professionnelle doit pouvoir être constatée dans l'activité, le comportement ou la situation juridique du médecin : tel peut être le cas lorsque celui-ci, notamment, accepte de fait ou par contrat des cadences de travail excessives, se soumet à une obligation de "remplissage" des lits ou à des impératifs thérapeutiques incompatibles avec la liberté de prescription, perçoit un salaire calculé en considération de la quantité des actes pratiqués et de normes de productivité. Tel peut être le cas lorsque les décisions médicales du praticien sont soumises par l'autorité administrative à l'approbation de l'un de ses confrères.

Praticien hospitalier et administration

Le directeur d'un ESP assure la gestion et la conduite générale de l'établissement. Il dispose à cet effet d'un pouvoir hiérarchique sur l'ensemble de son personnel (article L.6143-7). L'autorité du directeur s'exerce "dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art".

L'article L.6146-5-1 relatif aux pouvoirs des praticiens chefs de service dispose que ceux-ci "assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée". Par conséquent, les pouvoirs des directeurs d'établissement et des chefs de service à l'égard des praticiens hospitaliers placés sous leur autorité ne peuvent s'exercer que dans le respect du principe de l'indépendance professionnelle des médecins, rappelé à l'article R.4127-5 du Code de la santé publique.

Si le directeur ne peut en aucun cas et à aucun moment méconnaître le principe d'indépendance professionnelle, que peut-il faire lorsque l'activité médicale d'un praticien hospitalier lui semble compromettre le bon fonctionnement du service public hospitalier ?

Cas concret

Le Dr J., ORL depuis 1997 au CH de S., est praticien titulaire depuis 2005. Depuis plusieurs années, il est en conflit avec les anesthésistes-réanimateurs. Plusieurs dysfonctionnements graves sont survenus, et, en octobre 2005, les 6 anesthésistes-réanimateurs de l'hôpital, à la suite d'un nouvel incident, écrivent au directeur pour lui indiquer qu'ils refuseraient dorénavant de collaborer avec le Dr J. Pour sortir de cette situation, le directeur de l'hôpital a alors mis en place un "protocole de fonctionnement" d'une durée de quatre mois qui prévoyait le retour du Dr J. au bloc opératoire et s'accompagnait d'une obligation de validation en temps réel de toutes les décisions préopératoires (indication opératoire, programmation de l'intervention et degré d'urgence éventuel) de l'intéressé par son chef de

STRUCTURE HOSPITALIÈRE
ET MÉDECIN EN FORMATION

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN HOSPITALIER

PR MICHEL CLAUDON, DR BERNARD CHRISTIAN, CÉLIA FRANCESCHETTI

service, le Dr B., ou en l'absence de celui-ci, par l'un de ses collaborateurs, le Dr T. Le Dr J. conteste cette décision devant le tribunal administratif. Le tribunal administratif a estimé que le directeur avait pu valablement soumettre le Dr J. à la supervision de son chef de service, mais pas à celle du Dr T. qui n'était que praticien attaché. Le Dr J. s'est pourvu en cassation, estimant qu'il y avait atteinte à son indépendance professionnelle. La question que pose cette affaire est de savoir si, lorsque des considérations d'intérêt général tenant par exemple au bon fonctionnement d'un service hospitalier le nécessitent, il est possible de porter atteinte à cette indépendance professionnelle par exemple en instaurant une supervision sur les actes d'un médecin.

Le Conseil d'État a répondu que non (CE, 02/10/2009 n° 309274)

La jurisprudence administrative précise que le directeur peut légalement décider de suspendre un praticien hospitalier de ses activités cliniques et thérapeutiques, à condition d'en référer aux autorités ordinales. Le directeur de l'ARS dispose également du pouvoir de suspendre un médecin lorsque celui-ci expose ses patients à un danger grave et immédiat. Cette suspension ne peut excéder cinq mois, et le praticien hospitalier doit être reçu dans les trois jours par le directeur de l'ARS, qui doit transmettre immédiatement le dossier à la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Médecins.

Célia Franceschetti

Et les médecins en formation ?

Le statut de l'interne en médecine est défini par l'arrêté du 8 octobre 2010 et les articles R.6153-1 et suivants du Code de la santé publique. L'interne en médecine est un agent public non titulaire en formation. Il exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève, et ce, pour des actes courants adaptés à ces capacités. Il a le droit de prescription (sauf pour les stupéfiants). Il ne peut rédiger de certificats ayant une conséquence juridique (décès, expertise, hospitalisation sous contrainte). Il est soumis au règlement des établissements ou des organismes dans lesquels il exerce une activité. Par conséquent, il est exposé à des sanctions disciplinaires administratives (avertissement, blâme, exclusion).

De par sa responsabilité individuelle, il peut être poursuivi au niveau civil ou pénal, selon la situation. Par contre, n'étant pas thésé, l'interne en médecine n'est pas inscrit à l'Ordre. Il ne peut être poursuivi au niveau ordinal.
Cependant, il reste sous la responsabilité d'un médecin qui veille au respect du Code de déontologie, et donc à son indépendance professionnelle.

Par exception, dès lors que l'interne non thésé effectue un remplacement, il est détaché du praticien référent, et soumis au Code de déontologie, s'exposant le cas échéant à un recours ordinal.
Du fait de ce statut de médecin en formation, compte tenu des bases juridique et administrative, quelles sont les situations où l'interne peut perdre son indépendance, et quels sont les recours possibles ?

Le médecin en formation et les praticiens

L'interne exerce par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. En cas de désaccord de prise en charge, il peut exercer un droit de retrait. Il est vivement conseillé d'avoir recours à une tierce personne ou un supérieur hiérarchique en cas de problème majeur.

Le médecin en formation et les forces de l'Ordre

En cas de réquisition, l'interne doit déférer, mais ne peut rédiger de certificat. Cela prend alors la forme d'une observation médicale en mentionnant sa qualité d'interne en médecine.

Le médecin en formation et les laboratoires pharmaceutiques

D'après l'article R.1451-1 du Code de la santé publique et l'article L.4113-6 étendu aux étudiants se destinant aux professions médicales, l'interne doit faire l'objet d'une déclaration publique d'intérêt. Il doit conserver un esprit critique. Il peut demander à ce que les conflits d'intérêts de ses enseignants soient dévoilés. Pour toutes les autres situations, le cadre juridique du médecin thésé s'applique à l'interne en médecine, sous la responsabilité d'un médecin senior.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN VIS-À-VIS DU PATIENT ET DE LA FAMILLE

ASSOCIATION "VIVRE COMME AVANT"

L'indépendance du médecin serait-elle mise à mal ?

S'il est admis qu'un médecin ne peut "aliéner son indépendance professionnelle, cette autonomie est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé par le seul jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques avec comme objectif l'intérêt du patient". L'indépendance du médecin est un des piliers de la déontologie, mais cette dernière est souvent menacée dans son application. Les exemples sont pluriels. C'est entre autres le cas de la médecine d'équipe, de la médecine en milieu public où il existe un risque de subordination et où le praticien subit la pression des autorités de santé pour réduire la durée moyenne de séjour, de la médecine privée où le médecin peut être confronté à des facteurs financiers et dans ce cas limité dans certaines prescriptions en raison de leur coût.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 traduit la volonté d'offrir une prise en charge de qualité à l'ensemble des populations, qui toutes doivent accéder à l'offre de soins dans de bonnes conditions, mais dans cette perspective il est possible d'imaginer que l'exercice médical pourrait être encore un peu plus impacté. L'objectif est clair.
Il s'agit de rendre accessible à tous la meilleure réponse sur l'ensemble des territoires afin d'assurer la continuité horaire et territoriale des soins et une orientation adaptée des patients. Évidemment, cela questionne les pratiques et les modes d'exercice des métiers médicaux ainsi que l'évolution des compétences de chacun, car cela relève d'une responsabilité collective de l'ensemble des acteurs de soins des territoires à laquelle il faut parvenir. Inéluctablement, nous allons vers une réelle modification des pratiques dans le sens où les acteurs ne vont plus travailler individuellement mais en coopération dans le partage des valeurs communes. Il est donc nécessaire que cesse cette vieille habitude d'opposer les libéraux et les hospitaliers, les spécialistes et les généralistes...
Ce jeu d'opposition n'a plus de sens.

Parallèlement, l'accessibilité financière des soins est au cœur du débat. Nous sommes tous d'accord qu'il faut lever les obstacles financiers à l'accès aux soins, mais ne serait-il pas plus facile et judicieux d'écourter le délai de remboursement des soins aux patients plutôt que de vouloir généraliser le tiers payant dont la mise en place constitue une charge de travail pour les médecins et des difficultés de remboursement du fait de l'absence de coordination entre régimes obligatoires et complémentaires santé ? Nous serions de surcroît face à un dispositif qui pourrait faciliter l'assujettissement des médecins au financeur, lequel se trouve aussi être l'organisateur des soins.

Il est également important de souligner que nous assistons depuis quelques années à un désengagement progressif de l'Assurance maladie au profit des réseaux de complémentaires et mutuelles ce qui pourrait faciliter la création de réseaux de soins, lesquels influenceraient les pratiques, les traitements et imposeraient aux patients le médecin ou le chirurgien. Cela constituerait une perte de liberté pour le patient et vraisemblablement une médecine tirée vers le bas avec des soins low cost basés sur le volume et la rentabilité. Sur un tout autre registre, on peut se demander si les médecins conserveront demain leur liberté de s'installer dans la région de leur choix ou si nous allons assister à leur mise sous tutelle et à une forme d'étatisation de la santé via un découpage territorial. L'accessibilité des soins en tous points des territoires conduira inéluctablement à la réorganisation de la médecine de ville, à la mutualisation des moyens et à l'organisation d'une subsidiarité des acteurs en cas de carence, mais elle devra surtout se faire dans le respect du patient et l'autonomie du médecin, car l'un ne va pas sans l'autre.

L'ASSOCIATION "VIVRE COMME AVANT"

Il s'agit d'une association d'aide et de soutien aux femmes atteintes d'un cancer du sein. Les bénévoles ont été toutes opérées d'un cancer du sein et ont été préparées et formées à la relation d'aide et d'écoute. "Vivre comme avant" (VCA) a été fondée aux États-Unis en 1953 sous le nom de Reach to Recovery par Thérèse Lasser, elle-même opérée d'un cancer du sein. Reach to Recovery International est présent aujourd'hui sur les 5 continents, dans 70 villes de France, 250 établissements hospitaliers et compte environ 120 bénévoles sur l'ensemble de l'Hexagone. En France, c'est Francine Thimothy et Denise Escudier qui ont impulsé et créé en 1975 un groupe d'anciennes opérées sous le nom de "Vivre comme avant".

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN VIS-À-VIS DES CONFRÈRES ET AUTRES PROFESSIONNELS

Dr OLIVIER JAVELLE, MONIQUE DURAND

Dr Olivier Javelle

Indépendance professionnelle et confiance

L'indépendance professionnelle est une obligation déontologique. Comment la garder quand on est médecin d'une équipe de sport professionnel où se mêlent les enjeux sportifs, financiers et médiatiques ?

La seule condition : **avoir la confiance !**
La confiance du joueur en lui donnant rapidement un diagnostic et une date de reprise. La confiance de l'équipe médicale qui vous entoure :
les confrères d'autres spécialités : chirurgiens, radiologues, médecins de médecine physique..., les paramédicaux et auxiliaires médicaux : dentistes, kinésithérapeutes, podologues, diététiciens... Car là aussi c'est un travail d'équipe, une équipe où chacun doit savoir quel est son rôle et s'y tenir !
Cette équipe doit parler d'une seule voix, synthétisée par le médecin du sport qui doit rester le décideur. La confiance du staff technique et de l'entraîneur. Pour cela, il est primordial que le médecin soit capable de donner rapidement et précisément un diagnostic et une stratégie thérapeutique performante. L'entraineur veut son joueur au plus vite en étant certain de pouvoir compter sur lui. Il convient au médecin de fixer des délais de reprise précis en se basant sur son examen, son expérience, les examens complémentaires, les publications, les études et les recommandations des sociétés savantes. Si vous avez ces confiances, votre indépendance médicale est acquise ; dans le cas contraire, vos décisions seront discutées, remises en cause, et vous perdrez "les rênes" et toute possibilité d'indépendance. Alors : au suivant, car, si vous restez votre vie va devenir... compliquée et surtout, non déontologique !

Monique Durand (pharmacienne)

Indépendance professionnelle médecins - pharmaciens

Les Codes de déontologie des professions de santé consacrent un article spécifique au devoir d'indépendance, même si, dans de nombreuses situations, il est important que les professionnels coopèrent dans l'intérêt du patient. Ainsi, ils peuvent être amenés à partager leurs connaissances, à échanger des informations, à mutualiser des données de patients. Cependant, même dans ces situations, l'indépendance professionnelle de chacun doit être rigoureusement protégée de l'influence étrangère à l'intérêt du patient.
De plus en plus de professionnels se regroupent pour exercer, précisément pour optimiser le parcours de soins des patients. Mais qu'en est-il lorsqu'un pharmacien est à l'initiative de la création d'une maison de santé qu'il finance si son objectif est d'attirer des prescripteurs dans sa commune et pérenniser son outil de travail ? Un médecin ne risque-t-il pas de se placer en situation de conflit d'intérêts s'il accepte un loyer gratuit ou au rabais provenant de ce pharmacien susceptible de tirer un profit directement ou indirectement de l'avantage consenti ? Ne sommes-nous pas alors dans une situation de compérage, défini comme l'intelligence dans le sens de "complicité" entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du patient ou d'un tiers ? Que devient l'indépendance de ce médecin "redevable" au pharmacien financeur ? Si je comprends la démarche de mes confrères, ruraux notamment, qui n'ont parfois pas d'autre choix, pour pérenniser leur outil de travail, que de favoriser l'installation d'autres professionnels de santé, je suis cependant très réservée si toutes les garanties ne sont pas prises dès le début pour veiller au respect de l'indépendance des différentes parties. En prévoyant une séparation de l'officine des autres locaux professionnels, le législateur a incontestablement pensé à cette notion d'indépendance.

Témoignage d'un kinésithérapeute
"Lors d'un déplacement au sein de mon établissement, je croise le pneumologue ; nous connaissant de longue date, nous abordons le cas d'un patient, et je lui fais part de mes remarques quant à la prise en charge de la rééducation de ce patient. Nous sommes un peu en désaccord, quand, à un moment donné, il s'adresse à moi et me dit 'C'est qui le médecin ici ?'. Ce fut le terme de notre débat."

QU'EST-CE QUE LE COMPÉRAGE ?

"C'est une entente contraire à la déontologie entre membres de certaines professions libérales."
Pr Gérard Cornu

Article 23 du Code de déontologie médicale : "Tout compérage entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit."

Les médecins peuvent encourir une sanction de nature disciplinaire prononcée par leur ordre professionnel.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN EN HAD

Dr CÉCILE DI SANTOLO, Dr CÉLINE LEVEQUE-DAVAL

Indépendance du médecin coordonnateur dans les structures d'HAD : le médecin d'HAD et sa direction

L'HAD a pour vocation d'être une structure intermédiaire entre la ville et l'hôpital. Son statut est celui d'un établissement de santé dont l'organisation, identique dans tous les établissements de santé, comprend une direction et une Commission Médicale d'établissement. La CME est un organisme de concertation et de suggestions entre les médecins et l'établissement. La CME veille à l'indépendance professionnelle des médecins. Le médecin coordonnateur est recruté et salarié par le service d'HAD. Dans la structure, le médecin a plusieurs fonctions, définies dans la circulaire DGOS du 1er décembre 2006. Sa fonction principale est d'être le référent médical de la structure dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur. Il est, au sein de l'HAD, le responsable de la prise en charge globale du patient.

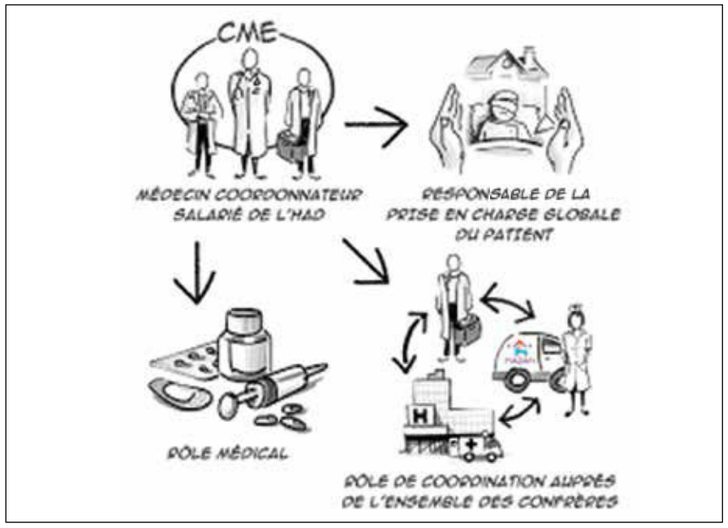
Il a un rôle médical auprès des patients et un rôle de coordination auprès de l'ensemble des confrères intervenant dans la prise en charge.
Il a également pour mission d'organiser le fonctionnement médical de la structure, il participe au management stratégique de l'établissement.

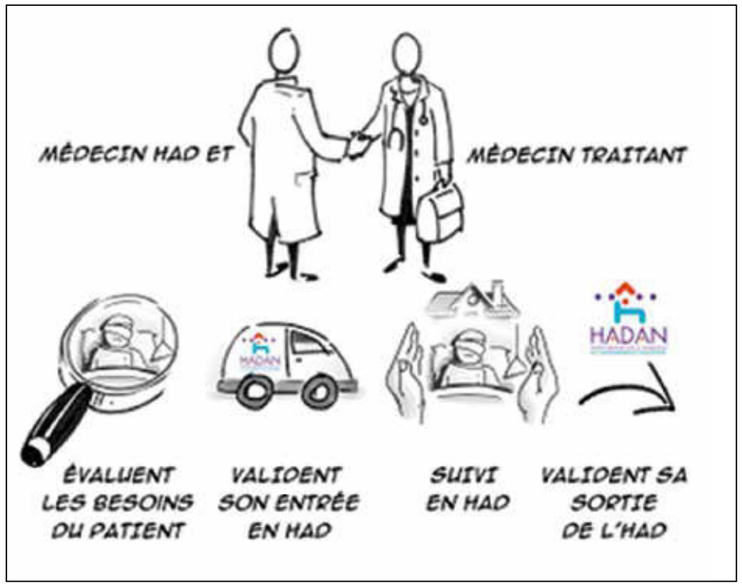
Par ailleurs, comme tout établissement de santé, on retrouve en HAD les mêmes obligations envers les tutelles, soit :

- Démarche Qualité : Certification HAS avec contrôle par les experts visiteurs.
- Tarification à l'activité et contrôles par la CPAM.
- Orientations de l'Agence Régionale de Santé.
- Projet d'Établissement.
- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
- Contrat du Bon Usage du Médicament.
- Etc.

Médecin traitant et médecin d'HAD : indépendance ou dépendance ? Complémentarité !

Spécificité de l'HAD : la prise en charge médicale repose sur un binôme formé par le médecin traitant et celui de l'HAD.
La place et l'indépendance du médecin libéral au cours de sa collaboration au sein de la structure sont garanties par la signature d'une convention entre les deux parties ; cette convention reprend les droits et devoirs de chacun auprès du patient.





Voici les missions de chacun au décours du séjour du patient en HAD :
Rappel : la demande de prise en charge en hospitalisation à domicile d'un patient EST une prescription médicale faite par le praticien du patient.

→ Étape d'évaluation : sur demande d'un médecin

- Analyse de la situation médico-psycho- sociale par le Med co.
- Accord indispensable de son collègue médecin traitant.
- Accord indispensable du patient et de son entourage.
- Le Med co est le seul après analyse de la situation, à prononcer l'entrée en HAD.

→ En cours d'HAD : un suivi médical particulier reposant sur un binôme formé par le médecin traitant et le médecin d'HAD

- Suivi habituel par le médecin traitant qui a une parfaite connaissance de son patient, son histoire, son entourage, son environnement.
- Sollicitation si besoin du Med co : expert dans des domaines spécifiques variables en fonction des HAD : soins palliatifs, douleur, nutrition, soins de support, plaies complexes, rééducation...
- Coordination des soins et des informations entre la ville et l'hôpital par le Med co.

Une prise en charge du patient performante

- Avantage pour le patient : continuité 24/24 7/7, prescription du Medco en cas d'urgence et/ou en l'absence du médecin traitant, lien fait par le Medco au médecin traitant : partage permanent des informations.

→ Sortie d'HAD
Elle est prononcée par le médecin de l'HAD après concertation avec son collègue libéral.

Médecin traitant et médecin d'HAD : un binôme essentiel

Donc, intervention conjointe chacun dans son domaine de compétence.

Un objectif commun : une prise en charge de qualité pour les patients, garantissant sécurité et professionnalisme.
Un outil : la prise en charge en hospitalisation à domicile.
Un facteur clef de réussite : travailler ensemble.

Pour cela :

- Se connaître pour mieux communiquer.
- Former un binôme complémentaire et efficace pour le bien des patients.

En conclusion

L'objectif de cette organisation est de permettre aux patients de bénéficier de soins complexes et/ou fréquents et/ou nécessitant un suivi particulier à domicile pour, le plus souvent, raccourcir le temps hospitalier ou l'éviter. Voici la liste des soins pouvant déclencher une HAD pour vos patients :

CRITÈRES MÉDICAUX ?

1 CRITÈRE > ENVISAGEABLE

> SOINS PALLIATIFS
> TRAITEMENT ANTALGIQUE = IV, SS CUT
> TRAITEMENTS INTRAVEINEUX = AB, AUTRES
> NUTRITION : IV, GEP, SNG

> ADMINISTRATION DE CHIMIOTHÉRAPIE (IV, SS CUT, P.O.)
> SURVEILLANCE DE CHIMIOTHÉRAPIE
> SURVEILLANCE DE RADIOTHÉRAPIE
> SURVEILLANCE D'APLASIE

> PANSEMENTS COMPLEXES
> THÉRAPIE À PRESSION NÉGATIVE
> STOMIE COMPLIQUÉE
> SURVEILLANCE APRÈS INTERVENTION CHIRURGICALE

> RÉÉDUCATION ORTHOPÉDIQUE (5X/SEMAINE)
> RÉÉDUCATION NEUROLOGIQUE (5X/SEMAINE)

PLUSIEURS CRITÈRES > ENVISAGEABLE

> OXYGÉNOTHÉRAPIE OU VNI
> SUIVI PSYCHOLOGIQUE OU SOCIAL
> SOINS DE NURSING
> RÉÉDUCATION ORTHOPÉDIQUE (3X/SEMAINE)
> RÉÉDUCATION NEUROLOGIQUE (3X/SEMAINE)

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN EN EHPAD

DR VINCENT PEUREUX

Le médecin coordonnateur en EHPAD exerce sous la responsabilité hiérarchique organisationnelle du directeur de l'établissement dans le respect du secret médical et en toute indépendance, ce qui peut parfois être difficile à concilier :

- Que doit connaître la direction de l'établissement du passé ou du présent médical d'un résident ?
- Comment expliquer une prise en charge sans avancer d'arguments médicaux (démence, maladie de Parkinson, diabète, incontinence...) à sa direction : peut-on toujours se retrancher derrière le secret médical sans fournir d'explications pertinentes ?

Certaines contraintes institutionnelles ne peuvent pas être ignorées par le médecin coordonnateur, garant de la bonne prise en charge des résidents.

- Contraintes financières, comme les pansements, qui sont à la charge de l'établissement, les compléments alimentaires...
- Organisation de la cuisine (avec les différents régimes ou textures...) et des services hôteliers.
- Contraintes en personnel, personnel soignant qui dépend du financement par les ARS en fonction de la dépendance des résidents à un instant T (PATHOS et GMP).

L'absence de lien hiérarchique entre le médecin et le personnel soignant (IDE ou aides-soignantes) présent dans l'établissement au quotidien nécessite parfois une intervention de la direction en cas de comportement inadapté ou de conflit quant à la prise en charge des résidents. Le médecin coordonnateur exerce son activité à temps partiel et doit pouvoir travailler en équipe avec les IDE et l'ensemble du personnel soignant et non soignant, en toute confiance. Il doit être tenu informé rapidement des situations médicales aiguës sans pour autant se substituer au médecin traitant.
Le médecin coordonnateur doit entretenir de bonnes relations avec ses confrères qui interviennent dans l'établissement (libre choix du médecin traitant par le résident), qui n'ont pas obligatoirement les mêmes pratiques que lui et qui ne sont pas prêts pour certains à prendre en compte les contraintes des établissements type EHPAD. Certaines situations semi-urgentes nécessitent de bien connaître le médecin traitant, qui pourrait ne pas apprécier l'intervention du médecin coordonnateur pour l'un de ses patients (décret de 2011), alors qu'un autre pourrait l'encourager. Enfin, le médecin coordonnateur doit avant tout veiller au bien-être du résident sans céder aux pressions familiales ou à toutes autres pressions extérieures.

Conclusion

Le médecin coordonnateur doit veiller à son indépendance dès sa prise de fonction et entretenir des relations privilégiées et de confiance réciproque avec sa direction. En cas de mésentente sur le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des résidents, le médecin est souvent obligé de quitter ses fonctions.

TÉMOIGNAGE

J'exerce depuis 11 ans en tant que médecin coordonnateur et j'ai travaillé dans 5 EHPAD : public hospitalier, fonction publique territoriale et privé associatif. Je travaille actuellement uniquement dans 2 EHPAD publics hospitaliers.

Indépendance du médecin coordonnateur vis-à-vis de la direction : celle-ci est mieux respectée qu'au début ; néanmoins, les relations direction-médecin coordonnateur sont toujours spécifiques à un établissement, la relation peut être plus délicate dans les EHPAD de petite dimension : le directeur connaît souvent très bien les situations de tous les résidents et peut s'immiscer parfois sans le vouloir ou volontairement dans des domaines qui relèvent des missions du médecin coordonnateur et du secret médical. Son autorité vis-à-vis du personnel soignant peut également mettre le médecin coordonnateur en porte à faux vis-à-vis du personnel soignant, d'autant que la présence du médecin coordonnateur est forcément partielle. Ceci dépend bien sûr des personnalités du directeur et du médecin coordonnateur... Au fil du temps, la pression financière est devenue plus importante (impact des coupes PATHOS...). Si des tensions apparaissent dans ce binôme direction-médecin coordonnateur, et s'aggravent du fait des personnalités du directeur et du médecin coordonnateur, la situation risque de devenir inconfortable, surtout quand les motifs de conflit touchent à des fonctions médicales qui semblent essentielles au médecin coordonnateur, la seule solution reste alors le départ du médecin coordonnateur... situation que j'ai déjà vécue sans problème puisqu'il y a souvent des postes vacants dans notre profession.

Vis-à-vis des confrères : j'ai toujours réussi à avoir des relations très confraternelles avec les médecins libéraux, je n'hésite pas à prendre contact avec eux si nécessaire, mais je ne passe pas mon temps à les déranger au téléphone ; je passe souvent aussi par les infirmières, qui connaissent bien les médecins traitants. Un respect mutuel, un peu de diplomatie et d'écoute permettent d'éviter à mon avis les conflits, sauf personnalité particulière du médecin traitant et bien sûr du médecin coordonnateur. Le problème majeur reste celui de la non-intervention ou intervention trop tardive de certains médecins auprès de leurs résidents, situation souvent récurrente, expliquée en général par la surcharge de travail des médecins libéraux. Au début, il vaut mieux cerner la personnalité du médecin libéral et progressivement gérer les situations les plus urgentes et graves, comme cela est prévu dans le dernier décret de 2011. Bien sûr, de la diplomatie, un peu de psychologie et le sens des relations humaines sont absolument indispensables pour exercer la profession de médecin coordonnateur.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

DR AMÉLIE ADAM, DR LILIANE BOITEL, DR FRANÇOIS JABOT

Lorsque l'on parle d'indépendance du médecin du travail, on pense tout d'abord à l'indépendance vis-à-vis de l'employeur. Certes, il convient d'être vigilant, comme en témoignent de récentes affaires. Mais, parfois, c'est le salarié qui tente de faire pression sur le médecin du travail. Plus rarement, l'indépendance du médecin peut le mettre en porte à faux avec d'autres confrères. Le respect de cette indépendance est affirmé dans le code du travail (art. L 4623-8).

Cas n°1

M. P. est chef d'une petite entreprise qu'il vient de restructurer en mettant en place un nouveau système informatique. Son adjoint, M. J., âgé de 55 ans, a gravi tous les échelons de l'entreprise. Il présente quelques problèmes de santé pour lesquels il est parfaitement pris en charge. Certes, il est un peu dépassé par le nouveau système, mais il pense qu'avec le temps il finira par être plus performant. M. P. rencontre le médecin du travail et lui fait part de ses soucis : "Vous comprenez M. J. a beaucoup donné à l'entreprise, mais il me semble bien fatigué, je dirais même usé. Pourriez-vous envisager une inaptitude ? Je pense qu'il la mérite... Et puis, moi, j'ai besoin de réactivité, le marché n'est plus ce qu'il était, les clients sont exigeants, je ne peux me permettre de tels retards." Pour le médecin du travail, une telle inaptitude n'est pas justifiée, et le salarié, informé par le médecin du travail de la démarche de son employeur, ne la souhaite pas non plus. Le médecin du travail n'a pas obtempéré à la demande de l'employeur, mais, lors d'un échange avec ce dernier, il a proposé que le salarié bénéficie d'une formation adaptée. L'inaptitude n'était pas la solution.

Cas n°2

M. O. est carreleur dans une TPE. Après un arrêt de travail suite à la pose d'une prothèse unicompartimentale du genou, le médecin-conseil demande à ce qu'il reprenne son travail et lui suspend ses IJ. Compte tenu de ses contraintes professionnelles, le médecin du travail estime que la reprise est prématurée et s'y oppose, son poste de travail ne pouvant être aménagé. Il s'ensuit un certain nombre de démarches chronophages qui auraient pu être évitées si une visite de préreprise avait été effectuée et si un dialogue s'était instauré plus tôt. Finalement, une prolongation de l'arrêt de travail et une reprise à temps partiel ont permis au salarié de poursuivre sa rééducation et de reprendre, en forme, à temps plein.

Cas n°3

M. D., chauffeur PL, âgé de 51 ans, se présente pour une visite médicale d'embauche. Il est en CDD depuis 5 mois dans l'entreprise et il espère que ce CDD se transformera en CDI. Quand le Dr A., médecin du travail, l'interroge sur ses antécédents médicaux, il reste d'abord évasif. C'est lorsqu'il indique ses traitements médicamenteux que le Dr A. découvre que M. D. est diabétique et traité par 2 antidiabétiques oraux et une injection d'insuline lente le soir. Afin de s'assurer de la compatibilité de ce diabète avec la conduite PL, le Dr A. lui demande les derniers comptes rendus du diabétologue. Aussitôt, M. D. rétorque – cherchant à influencer le Dr A. – : "C'est ça, vous voulez m'empêcher de travailler." Même le contrôle visuel s'avère compliqué, M. D. manifestant sa contrariété lorsqu'on lui demande d'aller chercher ses verres correcteurs dans son véhicule. Le Dr A., après avoir expliqué sa décision, rend un avis d'aptitude temporaire à confirmer 1 mois plus tard. Lorsqu'il rapporte ces comptes rendus, M. D. persiste dans une attitude de rapport de force qui trouve probablement son explication dans les comptes rendus fournis qui montrent un diabète très déséquilibré, avec une absence complète d'application des règles hygiéno-diététiques.
Le diabétologue avait également recommandé une recherche d'apnée du sommeil, qui n'a pas été faite et qui, non traitée, contre-indiquerait la conduite PL. Ce salarié, dans son attitude insistante pour influer sur la décision d'aptitude finale, ne comprenait visiblement pas les enjeux tant pour sa propre sécurité que pour celle des tiers, voire de son entreprise. Même si le risque de voir le contrat de M. D. ne pas être reconduit à son terme, le Dr A. décide de renouveler l'inaptitude temporaire dans l'attente des nécessaires examens complémentaires à réaliser, pour lesquels elle réadresse M. D. à son médecin traitant.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN FACE À LA JUSTICE

DR FRANCIS DURUPT

En dehors de son activité de soins, tout médecin peut être conduit à devenir un auxiliaire de justice dans le cadre d'une réquisition judiciaire.

Définition de la réquisition

Procédé qui permet à l'administration de contraindre des particuliers à lui céder un bien mobilier, immobilier (en jouissance), ou encore des prestations. Les réquisitions donnent lieu à indemnités, et ceux qui s'y opposent encourent des sanctions pénales (dictionnaire Larousse). La réquisition est un ordre que donne l'autorité publique de mettre à sa disposition des personnes ou des choses.

Principes généraux de la réquisition

On le sait dès qu'on a lu la définition, une réquisition est **contraignante**, et ce n'est pas à ce niveau que le praticien va exercer son droit d'indépendance : un médecin requis est obligé de se soumettre, sous peine de sanctions. À ce niveau, seul le magistrat qui requiert peut suspendre son ordonnance de réquisition si le requis fait valoir un motif potentiellement valable (la mission va mettre la personne requise en danger, la mission concerne un parent de la personne requise, la personne requise est inapte physiquement, la personne requise est incompétente dans le domaine de la réquisition...), mais, y compris dans ces situations, nul ne peut se soustraire de son propre chef à une réquisition.

Quand un médecin peut-il être requis ?

1 - Constatations, examens médicaux
Examen d'un prévenu en garde à vue, réalisation d'une mesure d'alcoolémie, examen du corps d'une personne décédée...

2 - Demande d'informations sur un patient
Recueil du témoignage d'un médecin sur des faits qu'il a eu à connaître dans le cadre de son activité professionnelle, concernant un patient, ou ex-patient, vivant ou décédé.

3 - Demande de documents
Il s'agit ici d'obtenir la communication du dossier médical d'un patient : c'est la saisie de dossier médical, effectuée par un officier de police judiciaire (OPJ), sur commission rogatoire d'un magistrat, en présence d'un conseiller de l'Ordre des Médecins, du médecin détenteur du dossier et du chef d'établissement ou de son représentant s'il s'agit d'un dossier saisi dans un hôpital. La communication du dossier médical peut être demandée au médecin par le procureur de la République, le juge d'instruction ou l'officier de police judiciaire (art. 77-1-1, art. 60-1, art. 99-3 du CPP). C'est une réquisition portant sur la remise de documents (sans saisie). La saisie et la réquisition sont deux procédures différentes.

QU'EST-CE QUE LE CONFLIT D'INTÉRÊTS ?

Il n'existe aucune définition du conflit d'intérêts en droit français.

Selon la Haute Autorité de santé, le conflit d'intérêts peut être défini comme "un conflit entre la mission publique et les intérêts privés d'une personne qui exerce une mission de service public, lorsque la personne possède à titre privé des intérêts qui pourraient influencer indûment la façon dont elle s'acquitte de ses obligations et de ses responsabilités. L'intérêt peut être financier ou intellectuel. Il peut également être direct ou indirect. "En d'autres termes, il s'agit d'une situation où celui qui est chargé de l'intérêt général peut être influencé par ses propres intérêts, classiquement financiers.

FORCES DE L'ORDRE
ET AUTORITÉS JUDICIAIRES

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN FACE À LA JUSTICE

DR FRANCIS DURUPT

Comment doit se comporter un médecin en cas de réquisition ?

Cas n° 1
Le médecin est tenu de se plier à la demande de la justice, transmise par un OPJ (les réquisitions sont libellées ainsi : "... prions ou au besoin requérons...") ; en dehors d'une indisponibilité physique dûment constatée médicalement, il n'y a pas d'échappatoire, sauf motif légitime : inaptitude physique, technique, ou lorsqu'il est le médecin traitant de la personne examinée. Le médecin reste cependant indépendant dans le sens où seule son intervention est requise, et non pas le résultat ; un médecin peut par exemple parfaitement, même si cela agace les forces de l'ordre, indiquer, après examen clinique, qu'un prévenu est inapte médicalement à l'application d'une mesure de garde à vue.

Cas n° 2
En aucun cas, le médecin ne doit donner le moindre renseignement par téléphone ; il peut juste indiquer qu'il est ou a été le médecin traitant de monsieur ou madame. S'il s'agit d'une convocation pour être entendu dans les locaux des forces de l'ordre (police ou gendarmerie), le médecin doit se rendre à la convocation (on peut négocier les horaires), mais, une fois sur place, il doit opposer le secret professionnel et ne rien révéler de ce qu'il sait sur la personne concernée par la procédure en cours.

Cas n° 3
Le médecin doit remettre le dossier médical dont le magistrat a ordonné la saisie : dossier papier complet (les "notes personnelles" n'existent plus et font partie du dossier), impression du dossier informatique, supports informatiques divers dans les disciplines techniques (CD-ROM, DVD, clés USB...). L'opération se déroule en présence d'un conseiller ordinal qui va vérifier que la saisie se déroule selon la procédure normale et que le dossier concerne bien la personne visée. Il est indispensable que le médecin conserve une copie du dossier saisi.

Il s'agit d'une faculté pour le médecin de transmettre le dossier médical, et non d'une obligation. Il faut son accord. Il est donc préférable qu'il oppose son secret professionnel. (Art 77-1-1, Art 60-1, Art 99-3 Code de procédure pénale).
Il convient de distinguer la réquisition de la saisie. La saisie est la prise de possession d'un bien utile à la manifestation de la vérité. Elle ne nécessite pas l'accord du médecin en cas d'enquête de flagrance et d'information judiciaire sur commission rogatoire. L'accord du médecin est nécessaire dans le cadre d'une enquête préliminaire.

	Demande simple	Réquisition	Saisie
Ne peut pas communiquer	• Le médecin ne peut pas communiquer des informations couvertes par le secret professionnel, en particulier le dossier médical.	• Réquisition visant à obtenir un témoignage : le médecin ne peut témoigner que sous réserve des informations couvertes par le secret professionnel.	• Enquête préliminaire : l'accord du médecin est nécessaire. Il doit donc opposer le secret professionnel à la saisie du dossier médical.
Peut/doit communiquer		• Réquisition pour constatations, examens techniques ou scientifiques : obligation de déférer à la demande, sauf motif légitime. • Réquisition pour remise de documents : l'accord du médecin est nécessaire. Il n'encourt aucune sanction, qu'il communique ou non des informations médicales.	• Enquête de flagrance et information judiciaire : le secret professionnel ne peut être opposé à la saisie. L'accord du médecin n'est pas demandé. • Quel que soit le type d'enquête, un scellé fermé doit être demandé en cas de saisie

ORDRE DES MÉDECINS
DE MEURTHE & MOSELLE
4, allée de Saint-Cloud - 54600 Villers-lès-Nancy
Tél. : +33 3 83 40 35 01 - E-mail : meurthe-moselle@54.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS DE MEUSE
26, route de Behonne - 55000 Bar-le-Duc
Tél. : +33 3 29 45 56 13 - E-mail : meuse@55.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS DE MOSELLE
2A, rue Robert Schuman - 57050 Longeville-lès-Metz
Tél. : +33 3 87 31 96 96 - E-mail : moselle@57.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS DES VOSGES
22, allée des Noisetiers - 88000 Épinal
Tél. : +33 3 29 31 18 78 - E-mail : vosges@88.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS
DE LA RÉGION LORRAINE
131, rue Nicolas Appert - 54000 Nancy
Tél. : +33 3 83 36 73 67 - E-mail : lorraine@crom.medecin.fr

ANNEXE 2 : questionnaire

Connaissances et ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle.

Projet de thèse d'exercice pour la faculté de Médecine de Nancy, pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine, avec le soutien et la collaboration des Conseils départementaux de l'Ordre des médecins de la région Lorraine, et sous la direction du Pr Paolo Di Patrizio et du Dr jean-Paul Schlitter.

*Obligatoire

PREMIERE PARTIE : données générales

1. **1. Quel est votre genre ?** *
   Une seule réponse possible.
   - Masculin
   - Féminin

2. **2. Quelle est votre année de naissance ?** *

3. **3. Depuis quelle année exercez-vous ?** *

4. **4. Dans quel(s) département(s) exercez-vous ?** *
   Plusieurs réponses possibles.
   - 54
   - 55
   - 57
   - 88

5. **5. Dans quelle(s) zone(s) exercez-vous ?** *
   Plusieurs réponses possibles.
   - Rurale
   - Semi-rurale
   - Urbaine

6. **6. Quelle est votre spécialité ?** *

7. **7. Quel(s) type(s) d'exercice avez-vous ?** *
   Plusieurs réponses possibles.

   - [ ] Libéral
   - [ ] Salarié
   - [ ] Mixte
   - [ ] Autre : _____

8. **8. Comment s'organise votre exercice (plusieurs réponses possibles) ?** *
   Plusieurs réponses possibles.

   - [ ] Individuel
   - [ ] Collaborateur
   - [ ] Remplaçant
   - [ ] En groupe
   - [ ] En équipe
   - [ ] Etablissement public
   - [ ] Etablissement privé
   - [ ] Etablissement privé ou association à but non lucratif
   - [ ] Médecin coordonnateur d'EHPAD
   - [ ] Médecin du travail
   - [ ] Médecin-conseil (Régime général ou particulier)
   - [ ] Médecin scolaire
   - [ ] Médecin de Protection Maternelle et Infantile (PMI)
   - [ ] Médecin exerçant en milieu pénitentiaire
   - [ ] Médecin de compagnie d'assurance
   - [ ] Médecin chercheur
   - [ ] Médecin enseignant
   - [ ] Médecin des administrations
   - [ ] Autre : _____

DEUXIEME PARTIE : connaissances et ressentis des médecins sur le thème de l'indépendance professionnelle

L'indépendance professionnelle est une obligation déontologique.
Selon l'article 5 du Code de Déontologie médicale : « le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit ».
Cette indépendance est acquise dès lors que tout acte médical entrepris est guidé par la conscience du médecin, en accord avec les données acquises de la science, et avec, comme seul objectif, l'intérêt du patient.

9. **9. Pensez-vous avoir notion de ce qu'est l'indépendance professionnelle des médecins ?** *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

10. **10. Parmi ces acteurs, lesquels peuvent-ils, selon vous, compromettre votre indépendance professionnelle ? Graduez pour chaque acteur, de 0 à 5, en fonction du risque perçu (0 = pas de risque ; 5 = haut risque)** *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5
Patient ou entourage d'un patient						
Confrère médecin						
Supérieur hiérarchique						
Médecin coordonnateur d'EHPAD						
Médecin d'hospitalisation à domicile (HAD)						
Pharmacien						
Infirmier						
Kinésithérapeute						
Sage-femme						
Directeur d'établissement						
Haute Autorité de Santé (HAS)						
Agence Régionale de Santé (ARS)						
Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM)						
Médecin conseil de la Sécurité Sociale						
Mutuelles ou assurances						
Conseil de l'Ordre						
Forces de l'ordre ou autorités judiciaires						
Laboratoires pharmaceutiques						

11. **10bis. Souhaitez-vous préciser un autre acteur qui, selon vous, peut compromettre votre indépendance ?**

12. **10ter. Graduez pour cet acteur, de 0 à 5, en fonction du risque perçu (0 = pas de risque ; 5 = haut risque)**

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5
Autre						

13. **11. Avez-vous déjà été confronté à une situation risquant de compromettre votre indépendance ?** *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

14. **12. Avez-vous déjà été dans une situation ayant compromis votre indépendance ?** *

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

15. **13. Quel(s) recour(s) pensez-vous avoir ou avez-vous eu dans une situation à risque de perte d'indépendance ? (plusieurs réponses possibles par colonne)** *

Une seule réponse possible par ligne.

	Première intention	Deuxième intention	Dernière intention	Pas du tout
Conseil de l'Ordre				
Syndicats de médecins				
Union régionale de Professionnels de Santé (URPS)				
Conseiller juridique ou avocat				
Confrères médecin				
Famille et proches				
Revues médicales				
Internet				
Autre				

16. **14. Pensez-vous qu'un guide pratique sur le thème de l'indépendance professionnelle du médecin pourrait faciliter votre pratique ?** *

Une seule réponse possible par ligne.

	OUI	NON
Version papier		
Version numérique		

TROISIEME PARTIE : évaluation du guide

17. **15. Parmi ces items, graduez votre satisfaction concernant ce guide.** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Pas satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait
Format du guide				
Accessibilité des informations				
Clarté des informations				
Exhaustivité des informations				
Récit de situations pratiques				
Rappels juridiques				
Sources utilisées				

18. **16. Quel est le degré de votre satisfaction globale ?** *
Une seule réponse possible par ligne.

	Pas satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait
Satisfaction globale				

19. **17. Ce guide a-t-il un impact sur votre pratique quotidienne ?** *
Une seule réponse possible.

- Pas du tout
- oui, partiellement
- oui, totalement

20. **18. Avez-vous des remarques ?**

ANNEXE 3a : tableaux de résultats – étude des corrélations selon l'âge ou le genre

			ECHANTILLON	Genre féminin	Genre masculin	Moins de 40 ans	Entre 40 et 54 ans	Plus de 55 ans
Age moyen (ans)			47,50	42	52	33	47	61,75
Durée d'exercice (ans)			18,00	13	22	5	16	32,4
Département	Dept 54		54%	70	40%	67%	52%	45%
	Dept 55		46%	30	60%	33%	48%	55%
Zone	Urbaine		46%	47%	43%	52%	38%	36%
	Semi-rurale		35%	40%	32%	33%	38%	36%
	Rurale		19%	13%	24%	14%	23%	27%
Specialité	Médecine générale		61%	57%	62%	68%	52%	60%
	Autre spécialité		39%	43%	38%	32%	48%	40%
Type d'activité	Libérale		60%	61%	56%	63%	48%	65%
	Salarié		29%	36%	26%	26%	39%	20%
	Mixte		11%	4%	18%	11%	13%	5%
Organisation de l'activité	Individuelle		22%	19%	21%	13%	17%	27%
	groupe		23%	32%	37%	35%	42%	33%
	remplaçant ou		14%	16%	8%	22%	6%	10%
	ETB privé		11%	8%	10%	0%	17%	7%
	ETB public		29%	22%	25%	26%	19%	23%
	Médecin travail		1%	3%	0%	4%	0%	0%
Notion	OUI		90%	82%	97%	68%	100%	100%
	NON		10%	18%	3%	32%	0%	0%
Acteurs à risque	Patient ou entourage		1,98	2,07	1,97	2,21	2,13	1,70
	Confrère médecin		1,78	2,11	1,56	2,68	1,65	1,15
	Supérieur hiérarchique		1,75	2,50	1,18	3,05	1,26	1,15
	Médecin coordonnateur d'EHPAD		1,21	1,21	1,24	1,68	0,96	1,10
	Médecin d'hospitalisation à domicile (HAD)		1,29	1,32	1,29	1,74	1,13	1,10
	Pharmacien		1,08	1,07	1,12	1,42	0,87	1,05
	Infirmier		0,81	0,89	0,76	0,95	0,83	0,70
	Kinésithérapeute		0,67	0,61	0,74	0,79	0,43	0,85
	Sage-femme		0,62	0,54	0,71	0,74	0,30	0,90
	Directeur d'établissement		1,60	1,50	1,74	1,89	0,74	2,40
	Haute Autorité de Santé (HAS)		2,41	2,43	2,47	3,11	1,70	2,70
	Agence Régionale de Santé (ARS)		2,59	2,50	2,74	3,00	2,13	2,85
	Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM)		2,67	2,75	2,68	3,42	1,96	2,90
	Médecin conseil de la Sécurité Sociale		2,60	2,75	2,56	3,32	1,87	2,90
	Mutuelles ou assurances		1,92	1,82	2,06	2,53	1,22	2,25
	Conseil de l'Ordre		1,06	1,46	0,78	2,05	0,70	0,60
	Forces de l'ordre ou autorités judiciaires		1,87	1,96	1,85	2,11	1,61	2,05
	Laboratoires pharmaceutiques		1,68	1,79	1,65	2,26	1,39	1,55
	autre acteur		3,71	3,00	1,32	3,60	3,14	4,60
Exposition à situation à risque	OUI		79%	68	88%	63%	87%	85%
	NON		21%	32,00	12%	37%	13%	15%
Indépendance compromise	OUI		47%	36,00	56%	32%	52%	55%
	NON		53%	64,00	44%	68%	48%	45%
Recours	Première intention	Conseil de l'Ordre	51%	54,00	50%	11%	9%	45%
		Syndicats de médecins	14%	18,00	12%	5%	0%	25%
		URPS	2%	0,00	3%	11%	17%	0%
		Conseiller juridique ou avocat	17%	18,00	18%	47%	43%	25%
		Confrères médecin	41%	43,00	41%	21%	22%	35%
		Famille et proches	21%	32,00	12%	32%	4%	20%
		Revues médicales	16%	18,00	15%	16%	4%	15%
		Internet	10%	7,00	12%	5%	0%	10%
		Autre	6%	4,00	9%	5%	0%	15%
	Deuxième intention	Conseil de l'Ordre	21%	25,00	18%	47%	22%	20%
		Syndicats de médecins	27%	36,00	21%	21%	4%	15%
		URPS	10%	14,00	6%	32%	17%	5%
		Conseiller juridique ou avocat	22%	21,00	26%	37%	22%	25%
		Confrères médecin	33%	36,00	35%	0%	13%	50%
		Famille et proches	11%	4,00	18%	0%	26%	20%
		Revues médicales	14%	14,00	18%	16%	22%	20%
		Internet	19%	18,00	21%	5%	0%	20%
		Autre	2%	4,00	0%	5%	0%	0%
	Dernière intention	Conseil de l'Ordre	10%	11,00	9%	16%	13%	15%
		Syndicats de médecins	11%	14,00	15%	11%	4%	15%
		URPS	8%	11,00	6%	32%	30%	10%
		Conseiller juridique ou avocat	29%	32,00	29%	5%	9%	30%
		Confrères médecin	8%	4,00	12%	11%	17%	10%
		Famille et proches	14%	14,00	15%	21%	4%	15%
		Revues médicales	11%	14,00	9%	11%	17%	10%
		Internet	14%	14,00	15%	0%	0%	15%
		Autre	2%	0,00	3%	0%	0%	5%

	Pas du tout	Conseil de l'Ordre	17%	11,00	24%	26%	57%	20%
		Syndicats de médecins	43%	32,00	53%	63%	91%	45%
		URPS	76%	75,00	85%	26%	35%	85%
		Conseiller juridique ou avocat	27%	29,00	26%	11%	26%	20%
		Confrères médecin	14%	18,00	12%	68%	48%	5%
		Famille et proches	49%	50,00	56%	47%	65%	45%
		Revues médicales	54%	54,00	59%	58%	57%	55%
		Internet	54%	61,00	53%	89%	100%	55%
		Autre	84%	93,00	88%	89%	100%	80%
GUIDE	PAPIER	OUI	59%	61,00	59%	47%	70%	60%
		NON	40%	39,00	41%	53%	30%	40%
	NUMERIQUE	OUI	71%	75,00	71%	68%	83%	65%
		NON	27%	25,00	29%	32%	17%	35%
SATISFACTION	FORMAT	Très satisfait	9%	4,00	14%	6%	10%	12%
		Satisfait	56%	67,00	46%	47%	81%	35%
		Moyennement satisfait	24%	19,00	29%	41%	5%	29%
		Pas satisfait	11%	11,00	11%	6%	5%	24%
	ACCESSIBILITE DES INFORMATIONS	Très satisfait	5%	0,00	11%	6%	5%	6%
		Satisfait	62%	70,00	54%	53%	90%	35%
		Moyennement satisfait	20%	19,00	21%	35%	0%	29%
		Pas satisfait	13%	11,00	14%	6%	5%	24%
	CLARTE DES INFORMATIONS	Très satisfait	4%	0,00	7%	0%	5%	6%
		Satisfait	64%	70,00	57%	65%	81%	41%
		Moyennement satisfait	20%	19,00	21%	29%	10%	24%
		Pas satisfait	13%	11,00	14%	6%	5%	29%
	EXHAUSTIVITE DES INFORMATIONS	Très satisfait	4%	0,00	7%	0%	5%	6%
		Satisfait	56%	56,00	57%	53%	76%	35%
		Moyennement satisfait	27%	30,00	25%	41%	14%	29%
		Pas satisfait	13%	15,00	11%	6%	5%	29%
	RECIT DE SITUATIONS PRATIQUES	Très satisfait	5%	0,00	11%	6%	0%	12%
		Satisfait	49%	56,00	43%	53%	62%	29%
		Moyennement satisfait	33%	30,00	36%	35%	33%	29%
		Pas satisfait	13%	15,00	11%	6%	5%	29%
	RAPPELS JURIDIQUES	Très satisfait	11%	0,00	21%	6%	10%	18%
		Satisfait	65%	74,00	57%	65%	81%	47%
		Moyennement satisfait	15%	15,00	14%	24%	5%	18%
		Pas satisfait	9%	11,00	7%	6%	5%	18%
	SOURCES UTILISEES	Très satisfait	7%	0,00	14%	0%	5%	18%
		Satisfait	62%	67,00	57%	65%	76%	41%
		Moyennement satisfait	20%	22,00	18%	29%	14%	18%
		Pas satisfait	11%	11,00	11%	6%	5%	24%
	SATISFACTION GLOBALE	Très satisfait	2%	0,00	4%	0%	0%	6%
		Satisfait	58%	63,00	54%	53%	86%	29%
		Moyennement satisfait	31%	30,00	32%	41%	14%	41%
		Pas satisfait	9%	7,00	11%	6%	0%	24%
IMPACT		Oui, totalement	4%	4,00	4%	6%	5%	0%
		Oui, partiellement	71%	74,00	68%	76%	71%	65%
		Pas du tout	25%	22,00	29%	18%	24%	35%

Connaissances et ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle des médecins.

ANNEXE 3b : tableaux de résultats – étude des corrélations selon l'âge et le genre

			ECHANTILLON	Genre féminin	Moins de 40 ans	Entre 40 et 54 ans	Plus de 55 ans	Genre masculin	Moins de 40 ans	Entre 40 et 54 ans	Plus de 55 ans
Age moyen (ans)			47,50	42	33	47	58	52	33	48	63
Durée d'exercice (ans)			18,00	13	5	17	29	22	46	15	33
Département	Dept 54		54%	70%	77%	64%	75%	40%	50%	38%	38%
	Dept 55		46%	30%	23%	36%	25%	60%	50%	62%	63%
Zone	Urbaine		46%	47%	57%	36%	40%	43%	43%	54%	35%
	Semi-rurale		35%	40%	36%	55%	20%	32%	29%	23%	41%
	Rurale		19%	13%	7%	9%	40%	24%	29%	23%	24%
Specialité	Médecine générale		61%	57%	62%	55%	50%	62%	83%	50%	63%
	Autre spécialité		39%	43%	38%	45%	50%	38%	17%	50%	38%
Type d'activité	Libérale		60%	61%	69%	45%	75%	56%	50%	50%	63%
	Salarié		29%	36%	31%	45%	25%	26%	17%	33%	25%
	Mixte		11%	4%	0%	9%	0%	18%	33%	17%	13%
Organisation de l'activité	Individuelle		22%	19%	19%	21%	25%	21%	14%	14%	44%
	groupe		23%	32%	25%	36%	75%	37%	43%	41%	44%
	remplaçant ou collaborateur		14%	16%	25%	7%	25%	8%	14%	5%	13%
	ETB privé		11%	8%	0%	14%	25%	10%	0%	18%	6%
	ETB public		29%	22%	25%	21%	25%	25%	29%	23%	38%
	Médecin travail		1%	3%	6%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Notion	OUI		90%	82%	62%	100%	100%	97%	83%	100%	100%
	NON		10%	18%	38%	0%	0%	3%	17%	0%	0%
Acteurs à risque	Patient ou entourage		1,98	2,07	2,00	2,45	1,25	1,97	2,67	1,83	1,81
	Confrère médecin		1,78	2,11	2,46	1,82	1,75	1,56	3,17	1,50	1,00
	Supérieur hiérarchique		1,75	2,50	2,85	2,09	2,50	1,18	3,50	0,50	0,81
	Médecin coordonnateur d'EHPAD		1,21	1,21	1,62	0,82	1,00	1,24	1,83	1,08	1,13
	Médecin d'hospitalisation à domicile (HAD)		1,29	1,32	0,85	1,09	1,00	1,29	2,00	1,17	1,13
	Pharmacien		1,08	1,07	0,69	1,09	1,75	1,12	2,67	0,67	0,88
	Infirmier		0,81	0,89	0,62	1,09	1,00	0,76	1,50	0,58	0,63
	Kinésithérapeute		0,67	0,61	0,62	0,55	0,75	0,74	1,17	0,33	0,88
	Sage-femme		0,62	0,54	0,62	0,36	0,75	0,71	1,00	0,25	0,94
	Directeur d'établissement		1,60	1,50	2,08	0,55	2,25	1,74	1,50	0,92	2,44
	Haute Autorité de Santé (HAS)		2,41	2,43	2,77	2,18	2,00	2,47	3,83	1,25	2,88
	Agence Régionale de Santé (ARS)		2,59	2,50	2,69	2,36	2,25	2,74	3,67	1,92	3,00
	Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM)		2,67	2,75	3,08	2,45	2,50	2,68	4,17	1,50	3,00
	Médecin conseil de la Sécurité Sociale		2,60	2,75	3,00	2,45	2,75	2,56	4,00	1,33	2,94
	Mutuelles ou assurances		1,92	1,82	2,31	0,73	3,25	2,06	3,00	1,67	2,00
	Conseil de l'Ordre		1,06	1,46	2,38	0,64	0,75	0,78	1,33	0,75	0,56
	Forces de l'ordre ou autorités judiciaires		1,87	1,96	2,08	1,82	2,00	1,85	2,17	1,42	2,06
	Laboratoires pharmaceutiques		1,68	1,79	1,77	1,18	3,50	1,65	3,33	1,58	1,06
	autre acteur		3,71	3,00	3,00	1,09	0,00	1,32	4,00	3,33	4,60
Exposition à situation à risque	OUI		79%	68	54%	82%	75%	88%	83%	92%	88%
	NON		21%	32,00	46%	18%	25%	12%	17%	8%	13%
Indépendance compromise	OUI		47%	36,00	31%	45%	25%	56%	33%	58%	63%
	NON		53%	64,00	69%	55%	75%	44%	67%	42%	38%
	Première intention	Conseil de l'Ordre	51%	54,00	46%	64%	50%	50%	33%	67%	44%
		Syndicats de médecins	14%	18,00	8%	18%	50%	12%	17%	0%	19%
		URPS	2%	0,00	0%	0%	0%	3%	17%	0%	0%
		Conseiller juridique ou avocat	17%	18,00	8%	18%	50%	18%	17%	17%	19%
		Confrères médecin	41%	43,00	38%	45%	50%	41%	67%	42%	31%
		Famille et proches	21%	32,00	23%	45%	25%	12%	17%	0%	19%
		Revues médicales	16%	18,00	31%	0%	25%	15%	33%	8%	13%

Recours		Internet	10%	7,00	8%	0%	25%	12%	33%	8%	6%
		Autre	6%	4,00	0%	0%	25%	9%	17%	0%	13%
	Deuxième intention	Conseil de l'Ordre	21%	25,00	38%	9%	25%	18%	50%	0%	19%
		Syndicats de médecins	27%	36,00	46%	27%	25%	21%	50%	17%	13%
		URPS	10%	14,00	23%	9%	0%	6%	17%	0%	6%
		Conseiller juridique ou avocat	22%	21,00	31%	9%	25%	26%	33%	25%	25%
		Confrères médecin	33%	36,00	46%	18%	50%	35%	17%	25%	50%
		Famille et proches	11%	4,00	0%	9%	0%	18%	0%	17%	25%
		Revues médicales	14%	14,00	0%	27%	25%	18%	0%	25%	19%
		Internet	19%	18,00	15%	27%	0%	21%	17%	17%	25%
		Autre	2%	4,00	8%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	Dernière intention	Conseil de l'Ordre	10%	11,00	8%	9%	25%	9%	0%	8%	13%
		Syndicats de médecins	11%	14,00	15%	9%	25%	15%	17%	17%	13%
		URPS	8%	11,00	15%	0%	25%	6%	0%	8%	6%
		Conseiller juridique ou avocat	29%	32,00	31%	36%	25%	29%	33%	25%	31%
		Confrères médecin	8%	4,00	8%	0%	0%	12%	0%	17%	13%
		Famille et proches	14%	14,00	8%	18%	25%	15%	17%	17%	13%
		Revues médicales	11%	14,00	23%	9%	0%	9%	17%	0%	13%
		Internet	14%	14,00	15%	18%	0%	15%	0%	17%	19%
		Autre	2%	0,00	0%	0%	0%	3%	0%	0%	6%
	Pas du tout	Conseil de l'Ordre	17%	11,00	8%	18%	0%	24%	17%	25%	25%
		Syndicats de médecins	43%	32,00	31%	45%	0%	53%	17%	67%	56%
		URPS	76%	75,00	62%	91%	75%	85%	67%	92%	88%
		Conseiller juridique ou avocat	27%	29,00	31%	36%	0%	26%	17%	33%	25%
		Confrères médecin	14%	18,00	8%	36%	0%	12%	17%	17%	6%
		Famille et proches	49%	50,00	69%	27%	50%	56%	67%	67%	44%
		Revues médicales	54%	54,00	46%	64%	50%	59%	50%	67%	56%
		Internet	54%	61,00	62%	55%	75%	53%	50%	56%	50%
		Autre	84%	93,00	92%	100%	75%	88%	83%	100%	81%
GUIDE	PAPIER	OUI	59%	61,00	54%	73%	50%	59%	33%	67%	63%
		NON	40%	39,00	46%	27%	50%	41%	67%	33%	38%
	NUMERIQUE	OUI	71%	75,00	69%	82%	75%	71%	67%	83%	63%
		NON	27%	25,00	31%	18%	25%	29%	33%	17%	38%
SATISFACTION GLOBALE		Très satisfait	2%	0,00	0%	0%	0%	4%	0%	0%	7%
		Satisfait	58%	63,00	54%	82%	33%	54%	50%	90%	29%
		Moyennement satisfait	31%	30,00	38%	18%	33%	32%	50%	10%	43%
		Pas satisfait	9%	7,00	8%	0%	33%	11%	0%	0%	21%
IMPACT		Oui, totalement	4%	4,00	8%	0%	0%	4%	0%	10%	0%
		Oui, partiellement	71%	74,00	69%	82%	67%	68%	100%	60%	64%
		Pas du tout	25%	22,00	23%	18%	33%	29%	0%	30%	38%

Connaissances et ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle des médecins.

Recours	Deuxième intention	Conseiller juridique ou avocat	22%	27%	18%
		Confrères médecin	33%	41%	29%
		Famille et proches	11%	16%	11%
		Revues médicales	14%	14%	21%
		Internet	19%	19%	21%
		Autre	2%	3%	0%
	Dernière intention	Conseil de l'Ordre	10%	5%	14%
		Syndicats de médecins	11%	14%	14%
		URPS	8%	8%	7%
		Conseiller juridique ou avocat	29%	38%	25%
		Confrères médecin	8%	5%	11%
		Famille et proches	14%	16%	11%
		Revues médicales	11%	8%	14%
		Internet	14%	8%	21%
		Autre	2%	3%	0%
	Pas du tout	Conseil de l'Ordre	17%	14%	21%
		Syndicats de médecins	43%	46%	39%
		URPS	76%	78%	82%
		Conseiller juridique ou avocat	27%	22%	32%
		Confrères médecin	14%	16%	11%
		Famille et proches	49%	54%	50%
		Revues médicales	54%	62%	50%
		Internet	54%	59%	50%
		Autre	84%	92%	89%
GUIDE	PAPIER	OUI	59%	65%	54%
		NON	40%	35%	46%
	NUMERIQUE	OUI	71%	73%	71%
		NON	27%	27%	29%
SATISFACTION GLOBALE		Très satisfait	2%	3%	0%
		Satisfait	58%	56%	54%
		Moyennement satisfait	31%	29%	42%
		Pas satisfait	9%	12%	4%
IMPACT		Oui, totalement	4%	6%	0%
		Oui, partiellement	71%	74%	67%
		Pas du tout	25%	21%	33%

Connaissances et ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle des médecins.

ANNEXE 3c : tableaux de résultats – étude des corrélations selon la spécialité

			ECHANTILLON	MG	AUTRES SPE
Genre	Féminin			43%	43%
	Masculin			57%	57%
Age moyen (ans)			47,50	46	51
Durée d'exercice (ans)			18,00	16	21
Département	Dept 54		54%	50%	54%
	Dept 55		46%	50%	46%
Zone	Urbaine		46%	28%	67%
	Semi-rurale		35%	45%	23%
	Rurale		19%	28%	10%
Specialité	Médecine générale		61%	100%	0%
	Autre spécialité		39%	0%	100%
Type d'activité	Libérale		60%	78%	29%
	Salarié		29%	8%	61%
	Mixte		11%	14%	11%
Organisation de l'activité	Individuelle		22%	21%	21%
	groupe		23%	40%	26%
	remplaçant ou collaborateur		14%	21%	2%
	ETB privé		11%	4%	13%
	ETB public		29%	13%	36%
	Médecin travail		1%	0%	2%
Notion	OUI		90%	89%	93%
	NON		10%	11%	7%
Acteurs à risque	Patient ou entourage		1,98	2,00	2,00
	Confrère médecin		1,78	1,86	1,68
	Supérieur hiérarchique		1,75	1,57	2,11
	Médecin coordonnateur d'EHPAD		1,21	1,41	1,00
	Médecin d'hospitalisation à domicile (HAD)		1,29	1,65	0,86
	Pharmacien		1,08	1,14	1,04
	Infirmier		0,81	0,97	0,61
	Kinésithérapeute		0,67	0,70	0,61
	Sage-femme		0,62	0,68	0,54
	Directeur d'établissement		1,60	1,16	2,21
	Haute Autorité de Santé (HAS)		2,41	2,51	2,46
	Agence Régionale de Santé (ARS)		2,59	2,65	2,64
	Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM)		2,67	2,92	2,46
	Médecin conseil de la Sécurité Sociale		2,60	2,92	2,32
	Mutuelles ou assurances		1,92	1,92	2,00
	Conseil de l'Ordre		1,06	1,22	0,82
	Forces de l'ordre ou autorités judiciaires		1,87	2,00	1,68
	Laboratoires pharmaceutiques		1,68	1,54	1,86
	autre acteur		3,71	3,50	3,82
Exposition à situation à risque	OUI		79%	76%	82%
	NON		21%	24%	18%
Indépendance compromise	OUI		47%	51%	43%
	NON		53%	49%	57%
	Première intention	Conseil de l'Ordre	51%	54%	50%
		Syndicats de médecins	14%	8%	25%
		URPS	2%	30%	0%
		Conseiller j[illegible] ou avocat	17%	14%	25%
		Confrères médecin	41%	38%	50%
		Famille et proches	21%	14%	29%
		Revues médicales	16%	16%	14%
		Internet	10%	14%	7%
		Autre	6%	3%	11%
		Conseil de l'Ordre	21%	27%	14%
		Syndicats de médecins	27%	32%	21%
		URPS	10%	11%	11%

GLOSSAIRE

CDM : Code de déontologie Médicale
CSP : Code de la Santé Publique
CP : Code pénal
CPP : Code de procédure pénale
CSS : Code de la sécurité sociale
HAD : Hospitalisation à Domicile
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire
LATA : Limitation des Thérapeutiques Actives
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHRU : Centre Hospitalier Régionale et Universitaire
ARS : Agence Régionale de Santé
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
CPAM : Caisse primaire d'Assurance Maladie
ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique
AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
MSAP : Mis Sous Accord Préalable
MSO : Mis Sous Objectif
SS : Sécurité Sociale
OPJ : Officier de Police Judiciaire

VU

NANCY, le **09 septembre 2018**
Le Président de Thèse

Professeur Paolo DI PATRIZIO

NANCY, le **10 septembre 2018**
Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 10416

NANCY, le **1er octobre 2018**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Introduction : l'indépendance professionnelle (IP) des médecin est un principe fondateur de l'art médical, énoncé dès l'Antiquité. La pratique médicale moderne, et l'environnement normatif dans lequel évolue le médecin, multiplient les situations à risque de perte d'indépendance. Dans plus d'un tiers des affaires portées en Conseil disciplinaire de première instance, l'IP est en cause. La formation initiale laisse peu de place au droit médical. L'étude porte sur l'évaluation des connaissances et ressenti des médecins sur le sujet, et l'évaluation d'un guide pratique sur le sujet mis à disposition, de sa pertinence et son impact dans leur pratique.
Matériels et méthodes : une revue de la littérature sur le thème de l'IP des médecins a conduit à la rédaction collégiale d'un guide pratique à destination des médecins. Le guide a été diffusé en version numérique aux médecins lorrains enregistrés dans la liste de diffusion des conseils départementaux de la région Lorraine, associé à un auto-questionnaire anonyme, en ligne, permettant une étude régionale, descriptive, transversale et multicentrique des connaissances et ressenti des médecins sur le sujet, et l'évaluation du guide et son impact. L'analyse des résultats a été réalisé à l'aide d'un tableur excel, avec étude des corrélations en fonction de l'âge, du genre et de la spécialité.
Résultats : Nous avons recueilli 62 questionnaires, soit un taux de réponse de 2%.
Notre échantillon se composait de 45% de femmes et 55% d'hommes, avec une moyenne d'âge de 47,5 ans. La majorité des médecins exerçaient en zone urbaine ou semi-urbaine, étaient généralistes, en statut libéral, avec des organisations diversifiées et équilibrées.
90% des répondants affirmaient avoir connaissance de la notion d'IP. 79% avaient été confrontés à une situation à risque, et 47% avaient été dans une situation ayant compromis leur IP. Ces résultats étaient corrélés à l'âge des médecins. Le genre ou la spécialité d'influençaient pas ces résultats.
La majorité des médecins pensaient qu'un guide pratique sur le sujet, de préférence numérique, pourrait faciliter leur pratique. L'évaluation du guide permettait de conclure que la satisfaction globale était de 60%, et son impact positif pour 75% des médecins.
Conclusion : Les médecins lorrains étaient largement exposés à des situations à risque de perte d'IP, et à des situations de perte d'IP, en corrélation avec leur âge. Le guide proposé répondait à un besoin, et son impact dans leur pratique était souligné.

TITRE EN ANGLAIS :

The physicians' professionnal independence : from a literature review to the development of a practical guide and its evaluation.

THÈSE : MÉDECINE GENERALE – ANNÉE 2018

MOTS CLEFS : déontologie médicale - indépendance - responsabilité disciplinaire –

INTITULÉ ET ADRESSE :
UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex