

UNIVERSITE DE LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 1992



THESE N° 65/4

LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

THESE

POUR LE

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Octobre 1992

par

Sophie PRADEAU

épouse COUSTY

née le 6 Août 1966 à Saint-Junien (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur BOUQUIER	PRESIDENT
Monsieur le Professeur BONNAUD	JUGE
Monsieur le Professeur DUMONT	JUGE
Monsieur le Professeur GASTINE	JUGE
Madame CLEMENT	MEMBRE INVITE
Monsieur LEROY	MEMBRE INVITE



Ex 3

Sib 2

422459

1901
1902

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

Année 1992

THESE N° 165

LE CONSEIL DE L'ORDRE DES MEDECINS

THESE

Pour le
DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 16 Octobre 1992

par

Sophie PRADEAU

épouse COUSTY

née le 6 aout 1966 à Saint Junien (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur BOUQUIER.....	PRESIDENT
Monsieur le Professeur BONNAUD.....	JUGE
Monsieur le Professeur DUMONT.....	JUGE
Monsieur le Professeur GASTINE.....	JUGE
Madame CLEMENT.....	MEMBRE INVITE
Monsieur LEROY.....	MEMBRE INVITE

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

- DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur BONNAUD
- ASSESEURS : Monsieur le Professeur PIVA
Monsieur le Professeur COLOMBEAU

PERSONNEL ENSEIGNANT

* PROFESSEURS DES UNIVERSITES

ADENIS Jean-Paul	Ophthalmologie
ALAIN Luc	Chirurgie infantile
ARCHAMBEAUD Françoise	Médecine interne
ARNAUD Jean-Paul	Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BARTHE Dominique	Histologie, Embryologie
BAUDET Jean	Clinique obstétricale et Gynécologie
BENSAID Julien	Clinique médicale cardiologique
BONNAUD François	Pneumo-Phtisiologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie
BORDESSOULE Dominique	Hématologie et Transfusion
BOULESTEIX Jean	Pédiatrie
BOQUIER Jean-José	Clinique de Pédiatrie
BRETON Jean-Christian	Biochimie
CAIX Michel	Anatomie
CATANZANO Gilbert	Anatomie pathologique
CHASSAIN Albert	Physiologie
CHRISTIDES Constantin	Chirurgie thoracique et cardiaque
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CUBERTAFOND Pierre	Clinique de chirurgie digestive
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel	Pédiatrie
DENIS François	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard	Anatomie
DESPROGES-GOTTERON Robert	Clinique thérapeutique et rhumatologique
DUDOGNON Pierre	Rééducation fonctionnelle
DUMAS Michel	Neurologie
DUMAS Jean-Philippe	Urologie
DUMONT Daniel	Médecine du Travail
DUPUY Jean-Paul	Radiologie
FEISS Pierre	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale
GAINANT Alain	Chirurgie digestive
GAROUX Roger	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé	Réanimation médicale
GAY Roger	Réanimation médicale
GERMOUTY Jean	Pathologie médicale et respiratoire
GUERET Pascal	Cardiologie et Maladies vasculaires
HUGON Jacques	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
LABADIE Michel	Biochimie
LABROUSSE Claude	Rééducation fonctionnelle
LASKAR Marc	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
LAUBIE Bernard	Endocrinologie et Maladies métaboliques
LEGER Jean-Marie	Psychiatrie d'adultes

LEROUX-ROBERT Claude
LIOZON Frédéric
LOUBET René
MALJNVAUD Gilbert
MENIER Robert
MERLE Louis
MOREAU Jean-Jacques
MOULIES Dominique
OLIVIER Jean-Pierre
OUTREQUIN Gérard
PECOUT Claude
PESTRE-ALEXANDRE Madeleine
PILLEGAND Bernard
PIVA Claude
RAVON Robert
RIGAUD Michel
ROUSSEAU Jacques
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre
TABASTE Jean-Louis
TREVES Richard
VALLAT Jean-Michel
VANDROUX Jean-Claude
WEINBRECK Pierre

Néphrologie
Clinique Médicale A
Anatomie pathologique
Hématologie
Physiologie
Pharmacologie
Neurochirurgie
Chirurgie infantile
Radiothérapie et Cancérologie
Anatomie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Parasitologie
Hépatologie-Gastrologie-Entérologie
Médecine légale
Neurochirurgie
Biochimie
Radiologie
Hépto-Gastro-Entérologie
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie-Obstétrique
Thérapeutique
Neurologie
Biophysique
Maladies infectieuses

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

A tous ceux dont l'aide m'a été précieuse, qu'ils trouvent ici l'expression de mes remerciements les plus sincères...

A notre Président et directeur de thèse

Monsieur Le Professeur BOUQUIER,

Professeur des Universités et Chef de Service de Pédiatrie

Président du Conseil de l'Ordre des médecins,

qui m' a inspiré le sujet de ce travail. Je le remercie de l'enseignement qu'il m'a prodigué et de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect et de ma grande reconnaissance.

A Monsieur le Professeur BONNAUD,

Professeur des Universités de Pneumologie,

Doyen de la Faculté de Médecine de Limoges.

Je le remercie de l'enseignement qu'il m'a prodigué et de l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de juger cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur GASTINE

Professeur des Universités de Réanimation

Je le remercie de son enseignement et d'avoir accepté de juger cette thèse.

Je l'assure de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur DUMONT,

Professeur des Universités de Médecine du Travail,

Je le remercie de son enseignement et d'avoir accepté de juger cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect.

A Madame le Docteur CLEMENT,

Praticien hospitalier,

Je la remercie d'avoir accepté de siéger dans le jury,

Qu'elle trouve ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur LEROY,

Spécialiste de Rhumatologie,

Secrétaire Général de l'Ordre,

Je le remercie d'avoir accepté de siéger dans le jury,

Qu'il trouve ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur AUBARD,

Spécialiste de Gynécologie-Obstétrique,

Chirurgien des hôpitaux,

Chef de Service.

Je le remercie particulièrement pour sa gentillesse et sa coopération tout au long de cette thèse.

A toutes les personnes qui travaillent au Conseil de l'Ordre et qui m'ont très gentiment communiqué les documents dont j'avais besoin.

PLAN

INTRODUCTION GENERALE

CHAPITRE I: HISTORIQUE DE L'ORDRE DES MEDECINS FRANCAIS.

CHAPITRE II: MISSIONS ET ORGANISATION PRATIQUE DES DIFFERENTES INSTANCES DE L'ORDRE FRANCAIS EN 1992.

A. LE CONSEIL NATIONAL.

1. COMPOSITION.

- a. Assemblée plénière
- b. Le Bureau du Conseil National
- c. Le Conseil Restreint.

2. STRUCTURES ET FONCTIONS.

- a. Les sections.
- b. Les commissions
- c. l'office d'orientation médicale

3. L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'ORDRE.

- #### 4. LES REUNIONS GENERALES DES PRESIDENTS ET SECRETAIRES GENERAUX DES DIFFERENTS CONSEILS
- a. Des Conseils Départementaux.
 - b. Des Conseils Régionaux

B. LES CONSEILS REGIONAUX.

1. REPARTITION DES DIFFERENTS CONSEILS REGIONAUX.

2. COMPOSITION ET STRUCTURES DES CONSEILS REGIONAUX.

3. FONCTIONNEMENT.

- a. Elections
- b. Attributions.
- c. Saisine.

- d. Sanctions disciplinaires.
 - e. Appel.
4. LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES
DU CONSEIL REGIONAL.
- a. Composition.
 - b. Attributions et saisines de cette section.
 - c. Sanctions et appels.

C. LES CONSEILS DEPARTEMENTAUX

- 1. COMPOSITION.
- 2. ATTRIBUTIONS ET MISSIONS.
 - a. Autorisation ou interdiction d'installation.
 - b. Contrôle du libellé des plaques et ordonnances
 - c. Reconnaissance ou refus de qualification en première instance.
 - d. Examen des contrats.
 - e. La délivrance des licences de remplacements.

CHAPITRE III: L'ORDRE DES MEDECINS FRANCAIS ET LA CEE

A. DESCRIPTION DES DIFFERENTS ORDRES ET ORGANISMES D'ATTRIBUTIONS SIMILAIRES EUROPEENS

- 1. L'ORDRE DES MEDECINS EN BELGIQUE
 - a. Les Conseils Provinciaux
 - b. Les Conseils d'Appel
 - c. Le Conseil National
- 2. L'ORDRE DES MEDECINS EN ITALIE
- 3. L'ORDRE DES MEDECINS AU PORTUGAL
- 4. L'ORDRE DES MEDECINS EN R.F.A
- 5. L'ORDRE DES MEDECINS EN ESPAGNE
- 6. L'ORDRE DES MEDECINS AU ROYAUME-UNI

7. L'ORDRE DES MEDECINS EN IRLANDE
8. L'ORDRE DES MEDECINS AUX PAYS-BAS
9. L'ORDRE DES MEDECINS AU LUXEMBOURG
10. L'ORDRE DES MEDECINS AU DANEMARK
11. L'ORDRE DES MEDECINS EN GRECE

B. LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE FRANCAIS ET LA CEE

C. SYNTHÈSE

CHAPITRE IV: LES REFORMES DU CONSEIL DE L'ORDRE

A. UNE REFORME, POURQUOI ?

B. MODIFICATIONS DE L'ORDRE PROPOSEES EN 1991 PAR LE RAPPORT DE Mr J. TERQUEM, CONSEILLER D'ETAT

- 1 . REFORME CONCERNANT LA
REPRESENTATIVITE ET LA COMPOSITION
DU CONSEIL DE L'ORDRE
 - a. La représentativité et le mode
d'élection
 - b. Les incompatibilités entre deux
fonctions
 - c. Limitation des mandats
 - d. Rôle des suppléants
- 2 . REFORME CONCERNANT LA
TRANSPARENCE ET LES GARANTIES
DU CONSEIL DE L'ORDRE
 - a. Garanties et transparence
 - b. Les débats médicaux
 - c. La validité des délibérations et des
décisions du Conseil.

- 3 . REFORME CONCERNANT LE RESPECT DE L'EGALITE ENTRE LES MEDECINS
- 4 . REFORME CONCERNANT LE CHAMP DE COMPETENCE DE L'ORDRE.
- 5 . REFORME CONCERNANT L'INDEPENDANCE DES MEDECINS.
- 6 . REFORME DE LA FORMATION ET DE L'INFORMATION DES MEDECINS.
- 7 . REFORME CONCERNANT L'INFORMATION DES CITOYENS SUR LES QUESTIONS MEDICALES.

**C. PROPOSITIONS RETENUES PAR LE
MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET
DE LA SOLIDARITE.**

**D. PROJET DE LOI RELATIF AUX
PROFESSIONS DE SANTE 1991-1992**

- 1 . AMENAGEMENT DE L'ORGANISATION DE L'ORDRE DES MEDECINS.
- 2 . DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORDRE DES MEDECINS
- 3 . DISPOSITIONS COMMUNES AUX ORDRES DES MEDECINS, DES CHIRURGIENS DENTISTES ET DES SAGES FEMMES.

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

De longue date, les médecins ont souhaité l'existence d'un organisme de réflexion susceptible de définir une éthique, d'en contrôler l'évolution et l'adaptation nécessaire, organisme apte à définir la déontologie et à surveiller son application, mieux préparé que les magistrats à apprécier et à sanctionner éventuellement certains errements professionnels.

Ainsi a été créé l'Ordre des Médecins dont la juridiction s'appuie sur un recueil de règles professionnelles découlant d'une morale professionnelle; Le Code de Déontologie.

Il exprime pleinement une certaine conception de la médecine qui correspond à une civilisation respectant la liberté, l'individu et la vie humaine.

La plupart des médecins sont attachés au concept d'une profession libre dont l'exercice engage à chaque instant leur responsabilité avec, pour principal objet, le meilleur intérêt des malades avec un organisme indépendant des rouages de l'état.

En effet, un Ordre des Médecins qui serait dépendant d'une quelconque autorité pourrait conduire à des atrocités. C'est ce qui s'est produit lors de la dernière guerre mondiale où sous la domination nazie, les médecins allemands pratiquaient des expériences horribles sur les patients et tuaient systématiquement tous les enfants qu'ils jugeaient anormaux.

De même, en URSS, où il n'existe pas d'Ordre des Médecins, les opposants au régime pouvaient être enfermés, à tout moment, dans des hôpitaux psychiatriques.

Or, nous arrivons à une période de l'évolution où "l'homme doit prendre conscience de sa fragilité" et rechercher "un équilibre entre les exigences de l'homme en tant qu'individu et celle de la collectivité". (J. Hamburger)

L'institution ordinale est donc particulièrement nécessaire au moment où, par la

force des choses et de l'évolution des techniques, la médecine est entraînée dans de multiples divisions: médecine de soins et médecine de prévention ou de contrôle; médecine de généraliste et de spécialistes, médecins libéraux privés et médecins salariés, médecine hospitalière et médecine de ville...

Mais malgré ces divisions apparentes, la médecine est un tout ainsi que son éthique car elle a pour objet l'être humain et le médecin quel que soit son mode d'exercice a la responsabilité personnelle des décisions qu'il doit prendre pour l'individu qui lui est confié.

On constate aussi que dans la Communauté Européenne, cette nécessité de morale professionnelle a également conduit à la création d'organismes d'attributions similaires à notre Ordre.

Cependant l'évolution constante des modes d'exercices et les revendications syndicales toujours plus importantes des patients obligent l'Ordre à évoluer.

Un nouveau projet de réforme est étudié aussi depuis 1991.

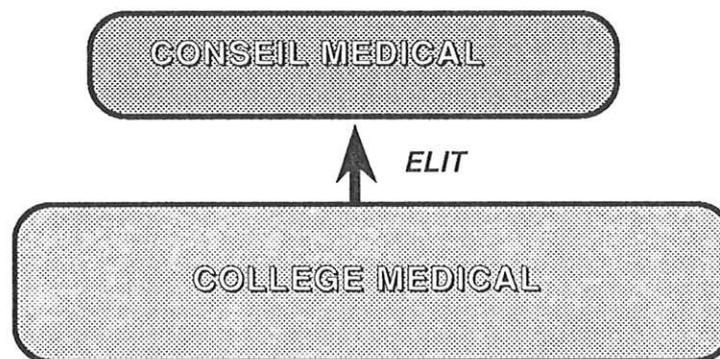
CHAPITRE I

HISTORIQUE DU CONSEIL DE L'ORDRE

Jusqu'au milieu du XIX^{ème} siècle , l'engagement par lequel un médecin promettait de respecter les règles morales de sa profession était garanti par le prestigieux patronage des dieux. Cet engagement avait donc peu de chance d'être violé. Mais avec le temps, l'autorité religieuse diminua peu à peu et il devint nécessaire de la remplacer par une férule temporelle. C'est ainsi qu'apparut la nécessité d'un ordre juridique.

C'est donc en 1845 au cours du CONGRES MEDICAL DE FRANCE, réunissant 2000 praticiens français que les Docteurs CERISE et FORGUET firent adopter un rapport concluant à la nécessité de créer des conseils de discipline au sein du corps médical. Il devait exister dans chaque arrondissement un Collège Médical dirigé par un Conseil Médical élu, chargé de défendre les droits des médecins et de maintenir la dignité professionnelle.

● **DANS CHAQUE ARRONDISSEMENT:**



Ce projet confondait les missions ordinales et syndicales car les syndicats médicaux n'existaient pas encore. La même année, 1845, la proposition du Congrès Médical trouve écho au parlement quand le Ministre de l'Instruction Publique , Monsieur DE SALVANDY, fait voter par la chambre de PARIS un projet de loi adopté en 1847, instituant dans chaque département un "CONSEIL MEDICAL" et une "CHAMBRE DISCIPLINAIRE DES MEDECINS". Mais le projet s'enlise à la chambre des députés et la révolution de février 1848 le condamne aux oubliettes ! .

En 1892, la loi autorise les premiers syndicats médicaux et les dote de Conseils de Famille dont le but était d'assurer la discipline professionnelle. Des sanctions étaient alors

possibles mais limitées à l'exclusion du syndicat ou au versement de dommages et intérêts dans quelques cas admis par la jurisprudence. Ce sont donc les syndicats et associations professionnels qui continuèrent à discuter de l'opportunité de la création d'un ordre des médecins.

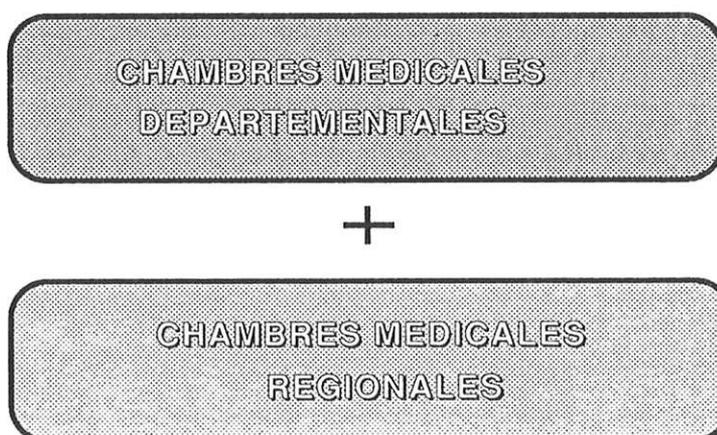
La question fut portée sur le plan législatif dès 1923. Un premier projet de loi fut déposé à cette date, puis repris en 1928.

Parallèlement la même année, la loi sur les Assurances Sociales fut votée; Source de nouvelles inquiétudes pour le corps médical qui se demandait quelles seraient les conséquences de cette innovation sur l'exercice de la médecine.

Aussi n'est-on pas surpris de voir le projet renaître au parlement sous la forme d'une "proposition de loi concernant l'institution d'un Ordre des médecins et la création de chambres médicales départementales et régionales" déposée le 7 mars 1928 par Monsieur Ernest COUTEAUX député Socialiste (S.F.I.O) du nord. Ce projet est court. Il comprend 9 articles seulement et propose de créer dans chaque département une "Chambre des Médecins" dirigée par un conseil élu, chargé de dresser la liste des médecins inscrits au tableau de l'ordre et d'assurer la discipline.

Un recours en appel est prévu à l'échelon régional au chef lieu d'académie.

● **PROPOSITION DE LOI DU 7 MARS 1928:**



Toujours en 1928, le 28 novembre exactement, le député Xavier VALLAT dépose une proposition de loi "relative à l'institution d' un Ordre des médecins. Dans l'exposé des motifs l'auteur déclare que la mise sur pied d'un Ordre "devrait permettre à l'ensemble profondément honnête du corps médical de faire justice lui-même des brebis gâleuses qui risquent de jeter un discrédit troublant sur la profession".

L'idée prend corps, ainsi, le 5 mars 1929, un nouvel élu Socialiste Monsieur LOUCHEUR , alors ministre du travail révèle au Docteur CIBRIE, secrétaire général de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (C.S.M.F.), que son gouvernement se propose de déposer un nouveau projet de loi. Craignant qu'un Ordre établi sans participation des médecins soit préjudiciable à la profession, le Docteur CIBRIE s'engage à remettre rapidement au ministre un projet ayant l'agrément du corps médical. La question sera débattue lors de la deuxième Assemblée Générale de la C.S.M.F. le 2 janvier 1930 qui adopte l'ordre du jour suivant:

"Considérant que seule la profession obligatoirement organisée peut être la fidèle gardienne de la moralité professionnelle, se déclare partisan d'un ordre des médecins".

A la même époque, l'académie de médecine est , elle aussi, saisie de la question par les ministres. Dans sa séance du 9 avril 1929, elle adopte un voeu présenté par le Professeur BALTHAZAR demandant au gouvernement de soumettre aussi rapidement que possible au vote du parlement", la création de l'Ordre des Médecins, chargé de faire respecter le code de déontologie et de conserver à la profession médicale le caractère de profession libérale, indispensable dans l'intérêt même des malades". Ce voeu est confirmé le 11 juin 1929.

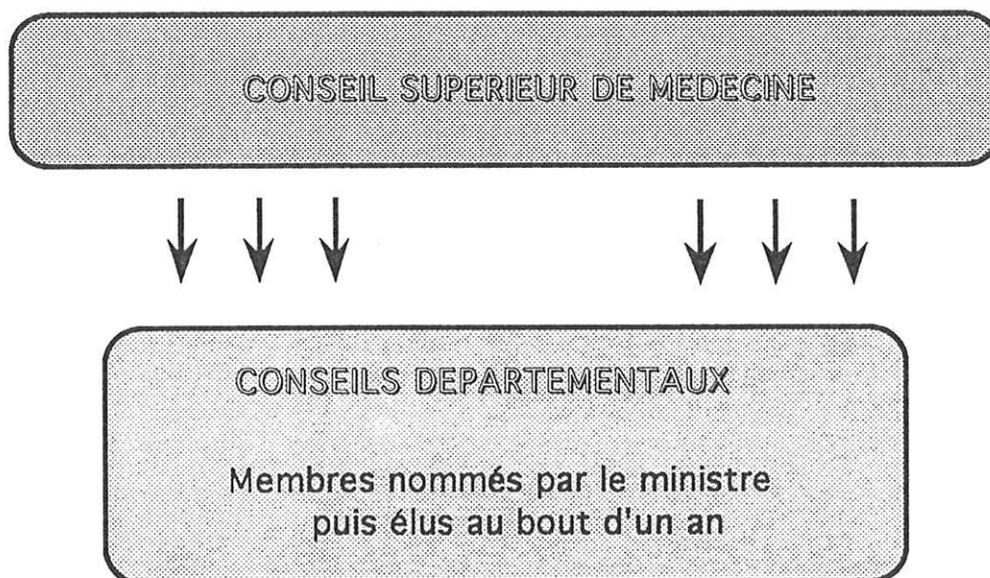
Les péripéties subies par ces diverses propositions méritent d'être rappelées. Un premier rapport est présenté, au nom de la Commission d'Hygiène de la chambre, le 4 juillet 1932 par le Docteur Joseph LECACHEUX, député de la MANCHE, Le 9 décembre 1933, ce rapport est adopté sans débat et transmis au sénat où il fera l'objet d' un rapport du Docteur GADAUD sénateur de la DORDOGNE. Modifié par la Haute Assemblée le 14 février 1935, le projet sera renvoyé à la Chambre des députés où il fera l'objet d'un nouveau rapport du Docteur LECACHEUX le 19 décembre 1935.

Hélas en 1936, survient un changement de législature et en 1939 le projet, non voté ne sera toujours pas promulgué.

1940, le sort de la France dépend des autorités d'occupation. Le docteur Serge HUARD, chirurgien des hôpitaux de Paris, alors secrétaire d'Etat à la Famille et à la Santé, décide avec l'aide du professeur René LERICHE de créer un Ordre pour éviter la main mise des autorités d'occupation sur la profession.

Le journal officiel publiera ainsi, la loi du 7 Octobre 1940 instituant l'Ordre des Médecins. Un ordre que les deux hommes ont voulu aussi libéral que possible compte tenu des circonstances. En effet, à cette époque, il s'agissait de soustraire les médecins Français à la tutelle d'un "gauleiter" délégué par l'occupant, afin de leur éviter de connaître des affectations qui ne seraient que des déportations déguisées et afin que les pratiques médicales alors en vigueur en Allemagne ne leurs soient pas imposées.

- **ORDRE DU 7 OCTOBRE 1940:**

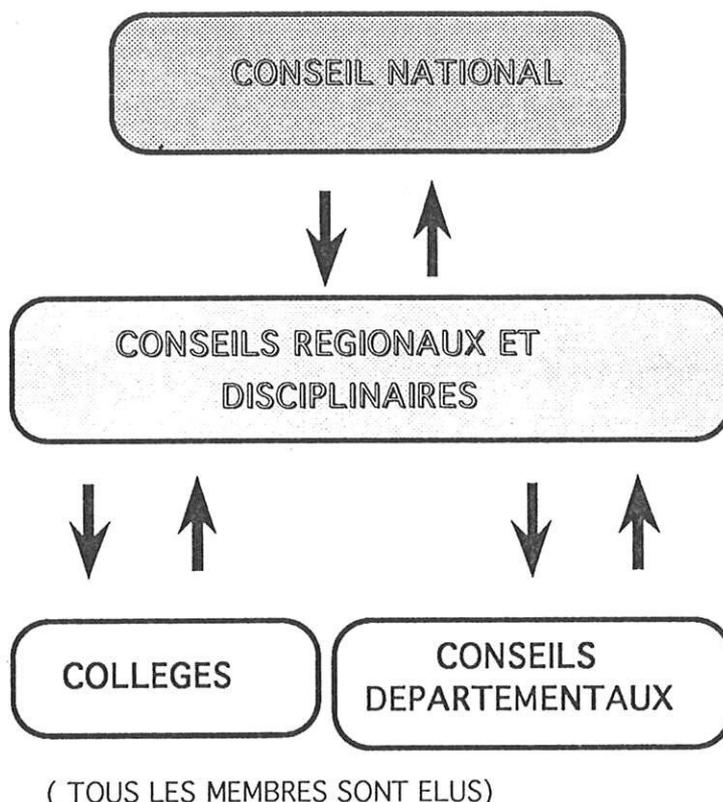


Cet Ordre comportait alors des conseils départementaux et un conseil supérieur dont les membres étaient **provisoirement nommés** par le ministre.

Par la suite, ceux-ci auraient dû être obligatoirement élus dès la fin de la première année. Ils étaient chargés de la surveillance du Tableau de l'Ordre et de la discipline de la profession.

Les élections ne pourront cependant pas avoir lieu dans le délai prévu. Les pouvoirs des conseillers seront donc prolongés jusqu'à parution d'une nouvelle loi, le 10 septembre 1942 promulguée à la demande du docteur Raymond GRASSET successeur du docteur HUARD.

● ORDRE DU 10 SEPTEMBRE 1942:



Plus élaboré, ce dernier texte institue des conseils départementaux, régionaux, et un conseil national, composé de membres élus. Les premières élections ont eu lieu au printemps 1943, elles mirent en place le premier président du Conseil de l'Ordre le professeur Louis PORTES. La tâche du premier président de l'Ordre fut certainement difficile. Lui-même déclarait:

"Je décidais de faire traîner la procédure en examinant tous les cas un à un, en établissant de longs dossiers, en réclamant des dérogations basées sur des services exceptionnels... Grâce à cela nous pûmes sauver nombre de collègues auxquels je donnais le conseil de passer en zone libre. Je pus aussi soustraire plusieurs alsaciens et de nombreux israélites à la contrainte en les faisant entrer à l'hôpital sous de faux noms et de faux diagnostics. (Extrait de: "Souvenir de ma vie morte" 1947)

Pendant l'occupation, une circulaire avait été envoyée aux médecins par tous les préfets, les invitant à procéder à des examens rapides, notamment :

“Sur le plan médical, il ne s'agit pas bien entendu d'une visite d'incorporation en vue de l'aptitude au service militaire ni de l'examen d'embauche en vue de l'aptitude à un travail donné s'accompagnant d'examens complémentaires (radio laboratoire) comme pour les travailleurs qui partent au titre de la relève, mais d'un simple examen sommaire comme il en était pratiqué lors des conseils de révision. C'est à dire qu'en principe, il ne doit pas y avoir d'inaptes ou plutôt que, les vrais infirmes mis à part, tous même présentant un mauvais état général, peuvent et doivent être utilisés.

(Extrait de: “Réponse aux attaques exprimées récemment contre l'Ordre”)

Aussitôt, le conseil supérieur avait rappelé aux médecins qu'ils devraient toujours juger en pleine indépendance de l'état de santé réel de ceux qui leur sont présentés ou qui viennent les trouver, et qu'ils ne doivent s'inspirer dans leurs conclusions que des données de leur examen et de leur conscience, cela en toute indépendance vis à vis de l'Administration.

Le 8 juillet 1944, un télégramme était adressé par le président du Conseil National, le Professeur Louis PORTES à tous les médecins de France le jour où les autorités occupantes prétendirent imposer aux médecins de dénoncer les blessés des maquis de la Résistance. Son texte est gravé sur une plaque apposée au Conseil National:

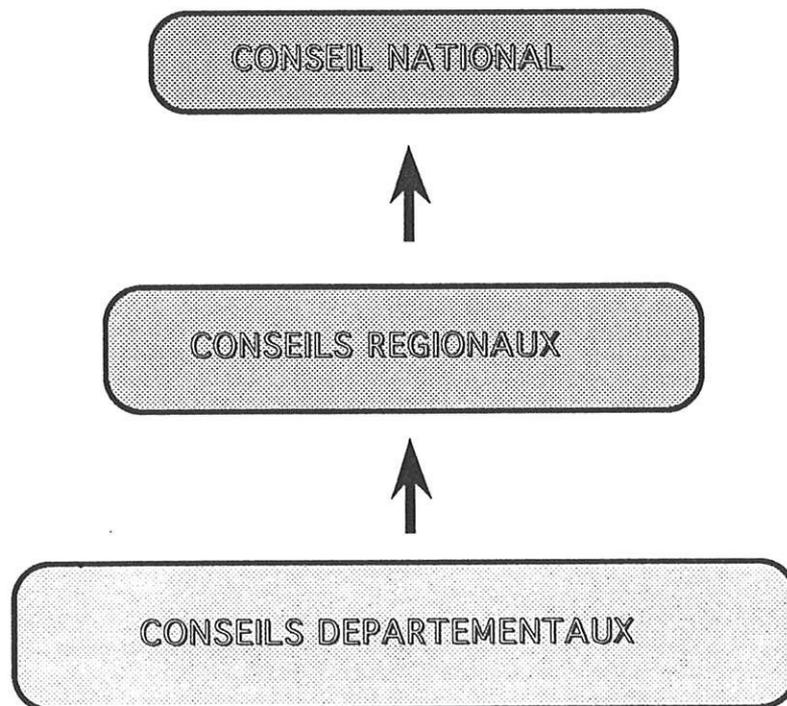
“Le président du conseil national de l'Ordre des Médecins se permet, personnellement, de rappeler à ses confrères qu'appelés auprès de malades ou de blessés, ils n'ont d'autres missions que de leur donner leurs soins. Le respect du secret professionnel étant la condition nécessaire de la confiance que les malades portent à leur médecin, il n'est aucune considération administrative qui puisse nous en dégager.”

Parallèlement à l'instauration du nouvel ordre, le 18 Octobre 1943, une Ordonnance du Gouvernement provisoire d'Alger annule les dispositions de “ l' autorité de fait ” de Vichy en maintenant le principe de l'Ordre. Même si elle n'a jamais été rendue applicable, en métropole à partir de la libération les conseils de médecins se considèrent comme privés d'autorité. Aussi, pour parer au plus pressé, le gouvernement provisoire s'empressa de les remplacer par des “Organismes Transitoires de Gestion” créés par une ordonnance parue au Journal Officiel du 12 décembre 1944.

Ce texte crée des conseils départementaux, régionaux et un conseil supérieur. Les conseils régionaux ont déjà la garde de l'honneur et de la discipline de la profession. Les conseils départementaux sont chargés de la défense et de la gestion des intérêts professionnels des médecins. Ces nouveaux conseils cumulent donc à nouveau de façon provisoire missions ordinaires et syndicales.

Très rapidement en effet, le Gouvernement provisoire rétablit en décembre 1944 les syndicats médicaux précédemment suspendus, tandis que le 24 Septembre 1945 une nouvelle Ordonnance concernant les médecins, les chirurgiens dentistes et les sages femmes réorganisent l'Ordre.

● ORDRE DE L'ORDONNANCE DU 24 SEPTEMBRE 1945:



L'Ordre des médecins est quasiment tel que nous le connaissons aujourd'hui. Il sera désormais chargé du "maintien des principes de moralité, de probité, et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

Il devra aussi s'assurer du bon respect des règles édictées par le Code de Déontologie.

L'Ordre se compose alors de conseils départementaux, régionaux et national, tous élus, correspondant à quelques détails près au système qui fonctionne aujourd'hui en France.

HISTORIQUE DE L'ORDRE DES MEDECINS FRANCAIS

- 1845:** Idée de la création d'un ordre lancée par le CONGRES MEDICAL DE FRANCE .
- 1847:** Vote du projet de loi par la CHAMBRE DES PAIRS .
- 1848:** Révolution : Le projet passe " *aux oubliettes* " .
- 1881:** Naissance des premiers SYNDICATS MEDICAUX .
- 1892:** Loi autorisant les premiers syndicats médicaux qui veulent également instituer un
Ordre .
- 1923:** Premier projet de loi en vue de la création d'un Ordre .
- 1928:** Fusion des deux grands syndicats médicaux de l'époque ,l' Union et la Fédération
nationale qui aboutit à la création de la C.S.M.F. (Confédération des Syndicats
Médicaux Français) .
Reprise du même projet de loi .
Loi sur les Assurances Sociales .
- 1932:** La Chambre des Députés **vote** un texte de loi sur la création d'un Ordre .
- 1935:** Modification de ce texte de loi par le Sénat ,il sera dans un second temps renvoyé à la
Chambre des Députés .
- 1936:** Changement de législature .Annulation du projet de loi .
- 1940: Le 7 Octobre :** loi instituant L'ORDRE DES MEDECINS .
(Conseils départementaux et Conseil Supérieur).
- 1942: Le 10 septembre :** Remaniement de L'ORDRE DES MEDECINS .
Réorganisation des différents conseils .
Séparation en Conseil National , Conseils Régionaux disciplinaires et Conseils et
Collèges Départementaux.
- 1945:** Libération de la France occupée par les Allemands .Le gouvernement provisoire de la
République dissout l'ordre dans sa forme antérieure.
Le 24 septembre :L'ORDRE DES MEDECINS, dans sa forme quasi-actuelle, est
composé de Conseils Départementaux élus au suffrage universel,de Conseils
Régionaux élus au deuxième degré essentiellement disciplinaire , d'un Conseil
National élu au deuxième degré et d'une Section Disciplinaire d'Appel du Conseil
National .

CHAPITRE II

MISSIONS ET ORGANISATION PRATIQUE DES DIFFERENTES INSTANCES DE L'ORDRE FRANCAIS EN 1992

L'Ordre des Médecins Français comprend actuellement trois grandes instances; le Conseil National, les Conseils Régionaux et les Conseils Départementaux agissant tous dans un même but: assurer la défense et l'indépendance de la profession médicale et maintenir les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

A. LE CONSEIL NATIONAL.

1. COMPOSITION.

a. Assemblée plénière.

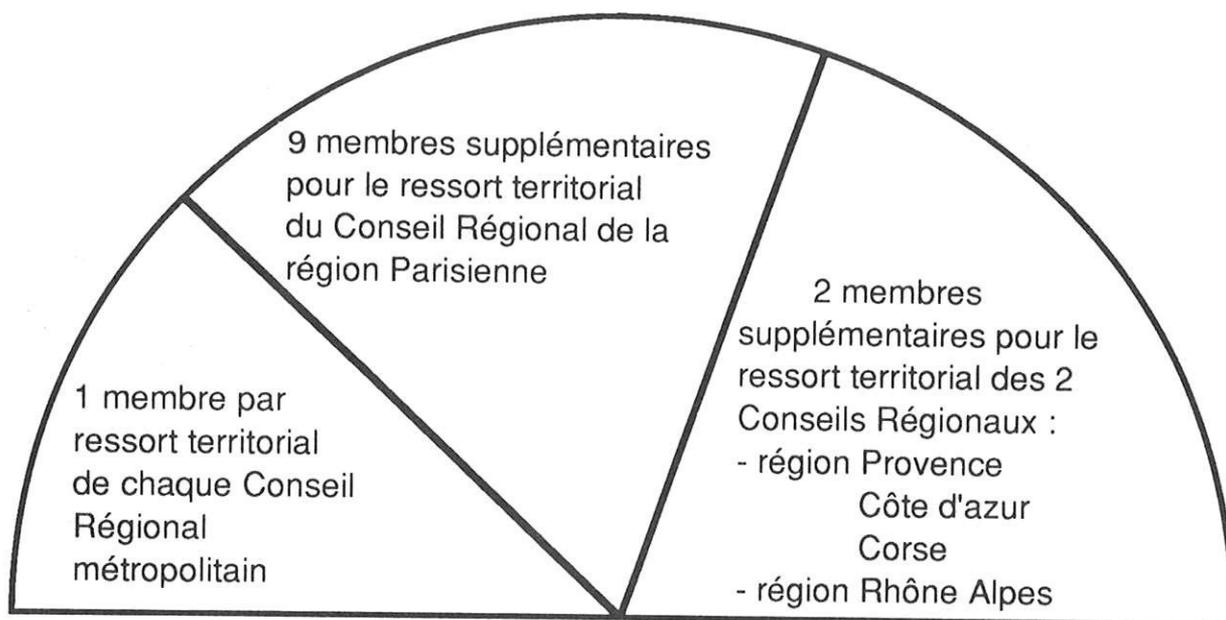
Le Conseil National a été modifié la dernière fois en 1972. Il est composé, selon l'article L-404 du Code de la Santé Publique, comme suit.

● **CONSEIL NATIONAL**



o-De 32 membres élus pour 6 ans par les conseillers départementaux, ces membres étant eux-mêmes répartis de la manière suivante:

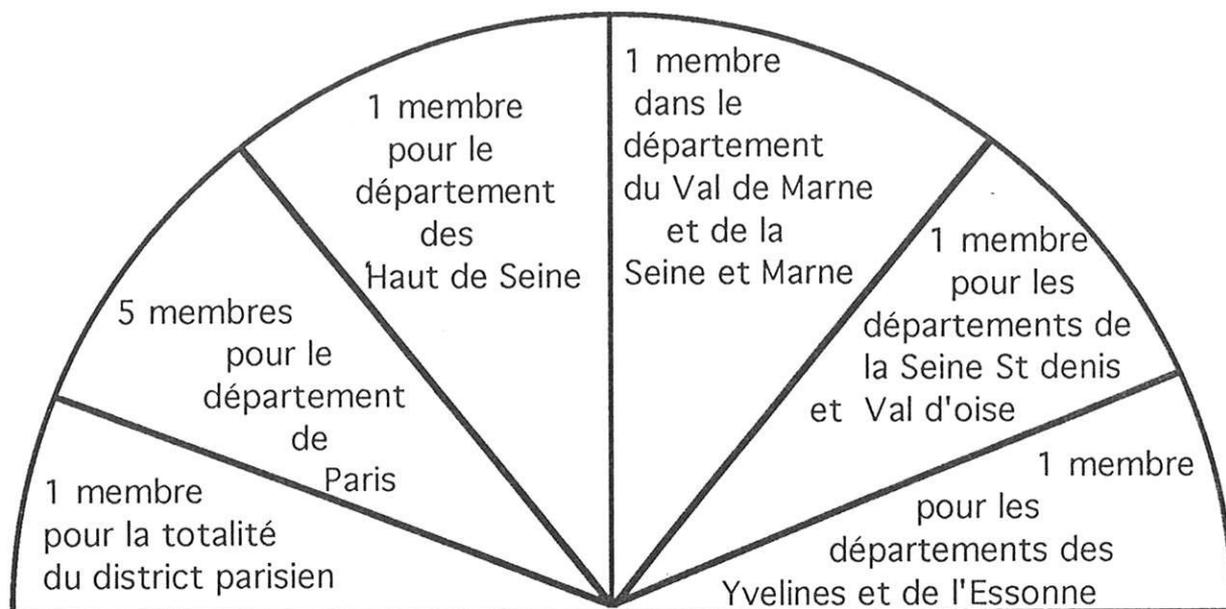
● **REPARTITION DES 32 MEMBRES DU CONSEIL NATIONAL ELUS
PAR LES CONSEILLERS DEPARTEMENTAUX TOUS LES 6 ANS**



* Un membre par ressort territorial de chaque Conseil Régional métropolitain.

* Neuf membres supplémentaires pour le ressort territorial de la région parisienne. Ces membres sont répartis entre les départements de cette région par arrêté du Ministre de la Santé Publique, en tenant compte du nombre de médecins inscrits au dernier tableau publié par les départements concernés.

● REPARTITION DES 9 MEMBRES SUPPLEMENTAIRES DU
CONSEIL NATIONAL ELUS POUR LE RESSORT TERRITORIAL
DU CONSEIL REGIONAL DE LA REGION PARISIENNE



Ces neuf membres sont répartis ainsi:

- un membre pour la totalité du district parisien.
- cinq membres pour le département de Paris.
- un membre pour les départements du Val de Marne et de la Seine et Marne.
- un membre pour le département des Hauts de Seine.
- un membre pour le département de la Seine Saint Denis et du Val d'Oise.
- un membre pour les départements des Yvelines et de l'Essonne depuis un

Arrêté du 2 mars 1973.

* Deux membres supplémentaires pour le ressort territorial des deux Conseils Régionaux de la région Provence-Côte d'Azur-Corse et de la région Rhône Alpes.

o- De deux membres représentant les DOM.TOM.

L'un représente les départements de la Guadeloupe, Martinique et Guyane; l'autre le département de la Réunion. Outre ces deux membres titulaires, deux suppléants sont désignés dans les mêmes conditions élus obligatoirement parmi les médecins qui exerceront régulièrement en métropole.

o- D'un membre de l'Académie de Médecine désigné par ses collègues.

o- De trois membres cooptés élus par les autres membres du Conseil National.

Néanmoins ils ne doivent pas appartenir à la région parisienne.

o- De trois médecins représentant différents ministères: le ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, le ministère de l'Education Nationale et le ministère des Universités et du Travail, ne possédant qu'une voix consultative.

o- D'un conseiller d'état nommé en même temps que deux conseillers d'état suppléants par le Garde des Sceaux, ministre de la Justice. Il possède une voix délibérative.

o- D'auditeurs.

Ce sont des médecins choisis pour leurs compétences qui participent avec voix consultative aux travaux du Conseil, de ses sections et de ses commissions.

o- Du bureau du Conseil National.

b. Le bureau du Conseil National.

Ce Bureau comprend un Président, quatre Vice-Présidents, trois Secrétaires Généraux, un Trésorier et un Trésorier Adjoint. Tous ces membres sont élus tous les deux ans , lors de l'Assemblée Plénière qui suit immédiatement le renouvellement par tiers des membres du Conseil National. Ils se retrouvent lors de réunions hebdomadaires auxquelles peuvent s'adjoindre les Présidents des Sections.

Les membres et le Président du Conseil National sont rééligibles. Il fonctionne de la manière suivante:

o- Le Président du Conseil National

Il dirige tous les débats et représente l'Ordre National des Médecins auprès des Pouvoirs Publics et des Instances Nationales Administratives et Judiciaires.

Il peut convoquer pour information ou consultation les Présidents de Sections, les Secrétaires Généraux ou les membres des divers Conseils de l'Ordre.

Il est le membre de droit de toutes les Commissions mais il peut déléguer ses pouvoirs.

Depuis sa création le Conseil National de l'Ordre a été présidé successivement par:

1945 à 1946 : C. COUTELAS.

1946 à 1950 : L. PORTES. (jusqu'à sa mort en 1950).

1950 à 1952 : S. OBERLIN.

1952 à 1956 : R. PIEDELIEVRE.

1956 à 1970 : R. DE VERNEJOU.

1970 à 1981 : J.L. LORTAT-JACOB.

1981 à 1987 : R. VILLEY.

1987 à 1992 : L. RENE.

o- Le Secrétaire Général.

Il dirige le Secrétariat Général de l'Ordre sous l'autorité du Président et doit préparer les travaux du Conseil National, rédiger la correspondance et le Procès Verbal des séances.

Il est délégué par le président pour signer la correspondance.

Il doit veiller en outre , à la réalisation des décisions de l'Assemblée Plénière du Conseil, ainsi qu'à la diffusion des informations et circulaires rédigées à l'intention des Conseils Départementaux, des médecins ou de la presse.

Il est chargé d'organiser toutes les missions nécessaires à l'action de l'Ordre et il est membre de droit de toutes les commissions. Un ou plusieurs secrétaires généraux et un secrétaire administratif l'assistent.

Il est responsable du fonctionnement de ce dernier, un budget prévisionnel lui étant alloué annuellement.

Il doit tenir à jour l'organigramme des services du Conseil National et le communiquer aux membres du Conseil National.

o- Le Trésorier assisté d'un trésorier adjoint.

Ils sont responsables de la gestion des finances du Conseil National de l'Ordre.

c/ Le Conseil Restreint.

Ce conseil se réunit sur convocation du Président.

Il comprend vingt membres . Les membres du Bureau du Conseil National , le Conseiller d'Etat et les différents Présidents de Sections y siègent de droit; il est ensuite complété par les Conseillers Nationaux élus par le Conseil National dans la limite de vingt membres .

Ce conseil peut donner son avis au Bureau du Conseil National dans l'intervalle des sessions.

Le Conseil National siège normalement à Paris et se réunit en Assemblée Plénière quatre fois par an. Il peut éventuellement se réunir en intersessions ou en sessions extraordinaires sur demande du Président , du Conseil Restreint , ou du tiers des Conseillers Nationaux. Il est convoqué par les soins du Président du Conseil National et se doit d'étudier tous les projets ou questions qui lui sont soumis par les Pouvoirs Publics.

2. STRUCTURES ET FONCTIONS.

a. Les Sections.

o-La section disciplinaire.

A la première réunion qui suit son renouvellement, le Conseil National élit en son sein huit membres titulaires et huit membres suppléants qui constitueront la section disciplinaire du Conseil National.

Celle-ci est présidée par le Conseiller d'Etat désigné par le Garde des Sceaux, Ministre de la Justice, ou par un de ses suppléants.

Il s'agit d'une juridiction d'appel des décisions des Conseils Régionaux. Elle a donc comme lui deux sortes d'attributions; l'une administrative (inscription, élection, application de l'article L-460 du Code de la Santé Publique ...); l'autre concernant les cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession, juridictionnelle et disciplinaire essentiellement.

Selon l'article L-411 du Code de la Santé Publique, définissant le rôle de cette section, la saisine de ce conseil s'effectue de la manière suivante :

L'appel peut être formé par le Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, le Préfet, le Procureur de la République, le Directeur de la D.A.S.S, le Conseil Départemental intéressé, le Syndicat des Médecins, ou par le médecin intéressé lui-même.

Par contre le médecin plaignant ne peut faire appel.

La déclaration doit être adressée au Secrétariat du Conseil National intéressé, dans les trente jours suivant la notification de la sanction.

La section Disciplinaire du Conseil National peut ainsi confirmer, réformer ou annuler les décisions des Conseils Régionaux.

Les exemples d'intervention de ce conseil sont nombreux et souvent répertoriés dans le Bulletin de l'Ordre édité par le Conseil de l'Ordre des Médecins; en voici quelques extraits:

"Certificat de complaisance afin de permettre à l'intéressé qui se droguait de passer la douane sans problème.

Manquement à l'honneur exclu du bénéfice de l'amnistie.

Circonstances atténuantes.

3 mois de suspension.

Considérant qu'il résulte de l'instruction et notamment de l'enquête judiciaire et qu'il n'est pas contesté que le Dr X a délivré le 31 juillet 1987 à M.Y un certificat indiquant faussement que ce dernier était " malade diabétique traité à l'insuline" afin de permettre, en réalité, à l'intéressé qui se droguait de passer la douane portugaise sans problème, compte tenu des seringues qu'il transportait et qu'il utilisait pour s'injecter de la drogue;

Considérant qu'en agissant ainsi le Dr X a violé de façon grave et délibérée les dispositions de l'article 49 du Code de Déontologie Médicale qui stipule que:" la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite ";

*Considérant qu'aux termes de l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988 susvisée:
"Sont amnistiés les faits commis avant le 22 mai 1988 en tant qu'ils constituent des fautes passibles de sanctions disciplinaires ou professionnelles..."*

Sauf mesure individuelle accordée par le Décret du Président de la République, sont exceptés du bénéfice de l'amnistie prévue par le présent article, les faits constituant des manquements à la probité, aux bonnes moeurs ou à l'honneur ..."; que la délivrance d'un certificat de complaisance à une personne qui se drogue pour lui permettre de dissimuler son comportement aux autorités constitue un manquement à l'honneur au sens des dispositions précitées; que le législateur a entendu excepter du bénéfice de l'amnistie;

Considérant qu'il résulte toutefois de l'instruction et notamment des observations produites devant le Conseil National par le Conseil Départemental que le praticien n'avait auparavant commis aucune faute pendant les dix premières années de l'exercice de sa profession; que le Conseil Départemental atteste de son repentir; que, dans les circonstances de l'espèce et compte tenu de la situation familiale et professionnelle du Dr X, il sera fait une juste appréciation de la gravité de la faute commise en infligeant à l'intéressé une peine d'interdiction d'exercer la médecine pendant une durée de trois mois; qu'en égard à la nature de la faute commise, il y a lieu d'ordonner que la sanction prononcée sera exécutoire nonobstant toute demande ou tout recours contentieux que pourrait introduire le Dr X devant quelque juridiction que ce soit et notamment le Conseil d'Etat (17 janvier 1990). (extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"CERTIFICAT médical pour coups et blessures, délivré avec légèreté.

Faute mais médecin abusé dans sa bonne foi.

Bénéfice de l'amnistie.

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le Dr X a reçu le 30 mars 1987 un patient, venu à l'improviste, qui, se plaignant de douleurs consécutives à une agression dont il aurait fait l'objet, lui a demandé d'établir un certificat de coups et blessures; qu'après avoir examiné son patient, le Dr X a délivré un certificat ainsi libellé: " Je certifie avoir constaté les traumatismes suivants chez M.Y suite à une agression: 1° traumatisme maxillaire gauche; 2° traumatisme du bras gauche avec lésion plexus brachial; 3° traumatisme cheville gauche; certificat établi le 30 mars 1987 et remis en main propre à l'intéressé pour faire ce que de droit" ; que, toutefois, la procédure pénale suivie devant le Tribunal de Grande Instance contre M.Y, qui faisait l'objet de poursuites pour coups et blessures, a permis d'établir que l'intéressé n'avait fait l'objet d'aucune

agression et qu'il n'avait sollicité le certificat en cause que pour démontrer que le certificat de coups et blessures établi par le Dr X au profit de son adversaire était dénué de sérieux; que, notamment, le médecin légiste, qui, à la demande du tribunal, a examiné le 9 avril 1987 M.Y, a conclu à l'absence de toute trace de traumatismes tels qu'ils sont précisés dans le certificat du Dr X du 30 mars 1987 tant au niveau de la région céphalique qu'au regard du membre supérieur gauche et de la cheville gauche;

Considérant que le Dr X qui ne conteste pas l'exactitude matérielle des faits reprochés soutient que sa bonne foi a été surprise et que sa seule erreur a consisté à ne pas libeller le certificat médical qu'il a délivré dans des termes plus prudents;

Considérant qu'aux termes de l'article 49 du Code de Déontologie Médicale:«<La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite>>; que le Dr X, en délivrant avec légèreté un certificat décrivant des traumatismes dont il ne pouvait être assuré de l'existence en l'état de l'examen auquel il avait procédé de son patient, a commis une faute au regard des dispositions précitées de l'article 49 du Code de Déontologie; que, toutefois, dans la mesure où le Dr X a été abusé par une manoeuvre montée délibérément par son patient pour le tromper et que sa bonne foi ne peut être contestée, les faits reprochés ne sont pas de ceux que l'article 14 de la loi susvisée du 20 juillet 1988 portant amnistie a entendu excepter du bénéfice de l'amnistie; que par suite, les faits visés par la plainte du Conseil Départemental étant amnistiés, il n'y a lieu de se prononcer ni sur cette plainte, ni sur la requête du Dr X (28 mars 1990) (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"COTISATIONS ABUSIVES. Facturation à des dates différentes d'interventions réalisées le même jour en une même séance et établissement de comptes rendus opératoires à des dates fictives.

1 mois de suspension.

Considérant qu'il ressort de l'instruction que le Dr X, chirurgien à la clinique C, a, au moins à deux reprises, facturé comme ayant été effectuées à des dates différentes des interventions qu'il avait réalisées sur un patient le même jour en une même séance et établi des comptes rendus opératoires faisant apparaître fictivement l'existence de deux interventions distinctes; que ces agissements, qui constituent des infractions aux

prescriptions de l'article 48, alinéa 2, du Code de Déontologie Médicale interdisant toute fraude, abus de cotation, indication inexacte des actes effectués, justifient qu'une sanction disciplinaire lui soit appliquée; que toutefois, dans les circonstances de l'affaire et eu égard notamment aux qualités professionnelles du Dr X, ainsi qu'à l'incidence des mesures déjà prises à son encontre par le juge pénal, il sera fait une juste appréciation de la gravité de la sanction qu'il encourt en réduisant de trois à un mois la durée de la peine d'interdiction d'exercer la médecine que lui ont infligée les premiers juges (27 juin 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"DETOURNEMENT DE CLIENTELE, pressions exercées sur le patient.

Manquement à l'honneur exclu du bénéfice de l'amnistie.

Blâme.

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le Dr X appelé chez un malade dont il n'était pas le médecin traitant, a donné des soins à ce malade sans avertir lui-même son confrère de son intervention et que, poursuivi sur la dénonciation de ce dernier, il a, pour répondre à un témoignage défavorable extorqué selon lui au patient en cause, fait à son tour pression sur ce malade pour le faire revenir sur ses précédentes déclarations; que ce comportement, qui a le caractère d'un manquement à l'honneur et qui donc exclu du bénéfice de la loi d'amnistie, justifie qu'une sanction disciplinaire soit infligée au Dr X; que, toutefois, dans les circonstances de l'espèce et eu égard au caractère partagé des torts imputables aux deux médecins en cause, sera fait une juste appréciation des responsabilités encourues par le Dr X en le condamnant à un blâme au lieu de peine d'interdiction d'exercer la médecine pendant un mois qu'avait prononcée le Conseil Régional (19 décembre 1990) (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"DEVOIRS PROFESSIONNELS:

Médecin ayant détourné des parents de soumettre leurs enfants aux vaccinations obligatoires.

Manquement à l'honneur professionnel exclu du bénéfice de l'amnistie.

Avertissement.

Considérant qu'il résulte du dossier et que le Dr X confirme que celui-ci au cours de réunions publiques, tient des propos de nature à détourner les parents de soumettre leurs enfants aux vaccinations obligatoires ayant pour objet de permettre à ceux qu'il a convaincu de se soustraire à leurs obligations légales; qu'il fait ainsi courir à ces jeunes enfants des risques graves contre lesquels ne saurait les prévenir le "suivi médical " qu'il prétend assurer; qu'en raison de leur caractère systématique et répétitif les fautes ainsi commises constituent des manquements à l'honneur professionnel et sont par suite exceptées de l'amnistie édictée par l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988; que le Conseil Régional en a fait une juste appréciation en lui infligeant un avertissement. (25 avril 1990) (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"LIBRE CHOIX NON RESPECTE.

COMPERAGE.

8 jours de suspension.

Considérant qu'il ressort de l'instruction que le Dr X, gynécologue obstétricien qui exerçait à V et pratiquait des interventions en clinique ouverte à l'hôpital public de T, a, en mai 1988, adressé au service de maternité de cet hôpital une note précisant que tous les enfants dont il avait assuré la naissance seraient examinés par ses soins exclusivement et qu'en cas de besoin il ferait appel en consultation aux confrères de son choix, et que, même si cette note n'a pas été appliquée, il orientait systématiquement vers sa soeur, pédiatre à V, les nouveau-nés qu'il avait mis au monde; qu'un tel comportement méconnaît les prescriptions des articles 6 et 26 du Code de Déontologie Médicale énonçant le droit de toute personne à choisir librement son médecin et prohibant tout compérage entre médecins et est de nature à justifier une condamnation disciplinaire; que c'est donc à bon droit que le Conseil Régional a infligé une sanction au Dr X; que toutefois, dans les circonstances de l'affaire, le conseil a fait une appréciation excessive des responsabilités encourues par le Dr X en portant à un mois la durée de l'interdiction d'exercer la médecine qu'il lui a infligée; que la durée d'application de cette peine doit être ramenée à huit jours (21 novembre 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"DEVOIRS ENVERS MALADES.

Gynécologue obstétricien ne s'étant pas déplacé malgré les appels successifs de la sage femme alors qu'il était informé des risques que présentait la grossesse.

Manquement à l'honneur exclu du bénéfice de l'amnistie.

Blâme.

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le praticien suivait une patiente de 40 ans, Mme Y, enceinte de trente deux semaines d'aménorrhée et porteuse d'un cerclage, dont la grossesse présentait des risques particuliers; que cette patiente s'est présentée à la clinique où le praticien exerçait le samedi 17 octobre 1987 vers 20 h 30, en se plaignant de contractions douloureuses; que la sage-femme présente à la clinique qui assurait la garde du samedi 13h, après examen de la patiente et entretien téléphonique avec le praticien, a renvoyé Mme Y à son domicile; que cette dernière est revenue à la clinique le dimanche 18 octobre 1987 à 0 h 30 en se plaignant de contractions douloureuses et plus rapprochées; que la sage-femme, alors que la clinique était en surcapacité, a installé la patiente dans une salle de travail et a fait placé sur celle-ci, sur instruction téléphonique du praticien, une perfusion de tocolyse injectable; que le praticien a rappelé la sage-femme, 45 minutes plus tard, qui a indiqué que les contractions s'atténaient; que, toutefois, la sage-femme a rappelé le praticien à 4 h 45 en lui indiquant que la patiente était agitée et qu'elle avait des palpitations avec présence de contractions utérines irrégulières; que le praticien, sans se déplacer a prescrit par téléphone un sédatif par piqûre intra-musculaire; que la sage-femme a rappelé le praticien à 7 h 25 pour lui signaler que la patiente s'agitait à nouveau; que le praticien toujours sans se déplacer, a prescrit un autre sédatif par piqûre intra-musculaire, en indiquant qu'il passerait dans la matinée; que la sage-femme a procédé à un nouvel examen de la patiente entre 8 h et 8 h 30, puis l'a laissée seule pour monter à l'étage au dessus, alors que celle-ci, ne disposant que d'une sonnette aboutissant dans une chambre alors inoccupée, située à coté de la salle de travail, ne pouvait signaler le besoin qu'elle pouvait éventuellement avoir de soins urgents; qu'en l'absence de la sage-femme, la patiente qui avait vainement sonné puis s'était déplacée, en dépit de son état, pour lancer dans le couloir des appels au secours qui ont été entendus des autres femmes hospitalisées au même étage mais non de la sage-femme, a accouché seule, en brisant son cerclage, à une heure indéterminée entre 8 h

30 et 10 h, d'un enfant; que, pendant ce temps, la sage-femme, appelée par téléphone par le praticien entre 9 h 30, lui a indiqué que la situation obstétricale de la patiente était inchangée et qu'elle était calme; que l'accouchement de la patiente a été découvert par une femme de ménage à 10 h 15; que la sage-femme a appelé à 10 h 20 le praticien qui est arrivé à 10 h 30; que l'enfant sur lequel une réanimation a été pratiquée est décédé à 12 h 30;

Considérant qu'aux termes de l'article 34 du Code de Déontologie: " Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande , le médecin s'engage à assurer personnellement à son malade des soins consciencieux et dévoués et à faire appel s'il y a lieu à l'aide de tiers compétents"; que le docteur X, qui était parfaitement informé des risques que présentait la grossesse de Mme Y, n'a pas jugé nécessaire de se rendre sur place à la clinique pour vérifier les indications que la sage-femme lui avait données, alors que les appels téléphoniques successifs de celle-ci à 21h, 1h15, 4h45 et 7h25 traduisaient une situation anormale; qu'en outre le praticien a prescrit par téléphone , sans vérifier lui-même l'état de la patiente, à deux reprises des sédatifs dont l'administration présentait un risque pour le fœtus, en cas d'accouchement prématuré; qu'en agissant ainsi, il a gravement manqué aux devoirs qu'il avait envers sa patiente et qui implique notamment dans le cas d'un médecin gynécologue accoucheur une disponibilité plus particulière à l'égard des femmes dont la grossesse présente des risques; que la gravité des fautes commises par la direction de la clinique et par la sage-femme n'est pas de nature à atténuer la faute commise par le praticien; que, dans ces conditions, le Dr X n'est pas fondé à soutenir que c'est à tort que le Conseil Régional lui a infligé, par une appréciation modérée des faits de l'espèce, la sanction du blâme;

Considérant que les faits reprochés au praticien sont contraires à l'honneur et, par suite, exclus du bénéfice de l'amnistie prévue par l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988 susvisée;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'appel du Dr X doit être rejeté (19 décembre 1990) (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

De même la publicité est condamnée par l'article 23 du Code de Déontologie stipulant que "la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce". Tous les procédés directs ou indirects de réclame et de publicité sont interdits aux médecins, ainsi que les

manifestations spectaculaires touchant à la médecine et n'ayant pas exclusivement un but scientifique ou éducatif.

Dans les exemples suivants, le premier médecin a bénéficié de l'amnistie puis ses confrères ont respectivement reçu en appel de la section disciplinaire, un avertissement et un an de suspension de l'exercice de la médecine.

"PUBLICITE : encarts publicitaires dans une brochure municipale et dans un annuaire de poche.

Bénéfice de l'amnistie.

Considérant que, pour infliger au Dr X la sanction de l'avertissement, le Conseil Régional s'est fondé sur ce que, au cours de l'année 1987, ce praticien a laissé paraître des encarts publicitaires dans une brochure municipale et dans un annuaire de poche; que ces faits, à les supposer fautifs, ne sont pas au nombre des manquements que les dispositions précitées de la loi du 20 juillet 1988 exceptent du bénéfice de l'amnistie des sanctions professionnelles; que les faits étant ainsi amnistiés, la plainte du Conseil Départemental de l'Essonne n'est plus susceptible de recevoir une suite et les conclusions de la requête du dr X sont devenues sans objet (24 octobre 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"PUBLICITE:Enseigne lumineuse.

Avertissement.

Considérant qu'il ressort de l'instruction que le dr X a disposé derrière la vitre de son cabinet situé dans une rue de V au premier étage d'un grand immeuble une enseigne lumineuse allumée de jour et de nuit portant sur deux mètres de largeur les mots: centre de radiologie: que ce dispositif, qui va bien au delà d'une simple signalisation en vue de l'information de la clientèle, constitue un moyen de publicité mis en place en infraction aux dispositions de l'article 23 du Code de Déontologie Médicale, que c'est donc à bon droit que, par la décision attaquée, le Conseil Régional a infligé au Dr X une sanction disciplinaire; que cette décision doit être confirmée (21 novembre 1990) (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

"PUBLICITE.

TITRE INDUS

HONORAIRES ABUSIFS excédant le TACT et la MESURE.

Manquements à l'honneur et à la probité exclus du bénéfice de l'amnistie.

1 an de suspension.

Considérant qu'il ressort de l'instruction et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté que le Dr X a distribué dans de nombreux hôtels de Paris et de l'agglomération parisienne des lettres vantant ses compétences particulières accompagnées d'une carte où il se paraît du titre de médecin des hôtels; qu'il a mis à profit les liens existant entre lui et l'hôpital américain pour se prétendre "attaché" au dit hôpital; qu'il a ainsi contrevenu tout à la fois aux articles 23 et 67 du Code Déontologie Médicale dans des conditions qui constituent un manquement à l'honneur professionnel et à la probité;

Considérant que le Dr X ne conteste pas avoir réclamé à Mme Y 1.500,00F pour deux visites dans un hôtel d'Orly, à un voyageur soigné à l'hôtel Suffren 700,00F pour une visite, à Mme S 2.400,00F pour une visite à Paris, à un patient soigné à Paris 650 dollars; que, nonobstant les circonstances que le Dr X parle l'anglais, qu'il prend toujours soin de s'assurer que ses patients sont pris en charge soit par une assurance soit par leur employeur, ou qu'il s'agit de clients étrangers, de tels honoraires excèdent ce que permettent le tact et la mesure; que leur caractère répétitif comme d'ailleurs les explications fournies par l'intéressé révèlent qu'il s'agit d'un comportement systématique et, par suite, contraire à l'honneur et à la probité;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède qu'il y a lieu de confirmer les décisions attaquées et, par confusion des peines prononcées, interdire au Dr X l'exercice de la médecine pendant une durée d'un an;

Considérant qu'il y a lieu, dans les circonstances de l'espèce et en application des dispositions de l'article 17 de la loi du 20 juillet 1988 susvisée portant amnistie, d'ordonner que la sanction prononcée sera exécutoire nonobstant toute demande ou tout

recours contentieux que pourrait introduire le Dr X devant quelque juridiction que ce soit et notamment devant le Conseil d'Etat (20 décembre 1990) (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins)"

Les recours contre les décisions de la section disciplinaire ne peuvent être déposés que devant le Conseil d'Etat, soit en excès de pouvoir contre les décisions de nature administrative, soit en cassation contre les décisions de nature juridictionnelle. Le pourvoi doit être fait dans un délai de deux mois suivant la notification de la sanction et il n'est pas suspensif.

Rappelons que le Conseil d'Etat est une juridiction suprême de l'ordre Administratif dont la création remonte à la Constitution de l'an VII. Elle fut réorganisée en 1872.

Le Conseil d'Etat comprend actuellement 5 sections et deux cents membres. Il est juge d'appel ou de cassation des décisions de juridiction administrative. En tant qu'instance consultative, il donne obligatoirement un avis préalable sur les ordonnances, les projets de loi et sur certains décrets.

Sur le plan administratif, le recours par rapport à une décision prise par le Conseil de l'Ordre se fera donc au Conseil d'Etat.

o- Les Sections d'Etudes.

Les membres du Conseil National et les auditeurs qui le désirent sont répartis en quatre sections d'étude, chacune d'elle étant chargée d'une tâche particulière dans la limite des pouvoirs de l'Ordre; la première section étudie les problèmes d'éthique et de déontologie; la deuxième section, "l'entraide et les finances", la troisième section s'occupe des problèmes concernant l'exercice et la qualification professionnelle et la quatrième section s'adresse plutôt aux problèmes de démographie, d'épidémiologie et d'information médicale. Les projets étudiés par chaque section seront soumis à l'Assemblée Plénière du Conseil National qui se réunit quatre fois par an.

*** La première section: Ethique et Déontologie.**

Cette section est chargée de la rédaction et de la mise à jour du Code de Déontologie.

Elle étudie les problèmes de doctrine et de règlement; ainsi que ceux liés à l'indépendance et à la moralité professionnelle.

Elle est aussi chargée de la défense morale et légale de la profession et doit surveiller la tenue du tableau de l'Ordre. Le Conseiller d'Etat y siège de droit.

A cette section se rattachent:

,La Commission d'Etude des Appels en matière administrative et des demandes d'inscriptions sur la liste spéciale des médecins français résidents à l'étranger.

,La Commission des contrats.

,Les Commissions mixtes inter-ordre.

-Le Code de Déontologie.

Une des fonctions de cette section est de préparer le Code de Déontologie qui sera soumis au Conseil d'Etat puis édicté sous forme d'un "décret en Conseil d'Etat" selon l'article L.366 du Code de la Santé Publique.

Le premier Code de Déontologie fut promulgué en 1947 puis modifié en 1955 et 1979. Il est en effet nécessaire qu'il soit adapté à l'évolution technique, sociale et économique de la profession et qu'il évolue en fonction de l'intérêt des malades.

Plusieurs articles du Code de Déontologie ont ainsi été modifiés au cours des dernières années.

Par exemple l'article 21, dans lequel il est écrit "qu'un médecin ne peut pratiquer une I.V.G. que dans les cas et dans les conditions prévus par la loi" .

En effet, "la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie" et le même texte de loi poursuit "qu'il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité..." .

Jusqu'en 1975, la "nécessité" d'interrompre une grossesse, n'apparaissait dans les règles professionnelles, qu'entre les étroites limites de ce qu'on appelait alors "avortement thérapeutique", c'est à dire lorsque la grossesse faisait courir à la mère un danger mortel. Encore fallait-il que la décision de recourir à l'avortement soit prise par trois médecins, le Président du Conseil Départemental de l'Ordre dûment averti.

Les indications de l'avortement (cardiopathie, néphropathie, tuberculose) étaient diversement appréciées suivant les médecins mais restaient très peu nombreuses. On les élargissait timidement en y incluant certaines maladies que la grossesse peut aggraver (Sclérose en plaque, otospongiose), les risques d'embryopathie (rubéole) et, depuis la pratique de l'amniocentèse, les anomalies foetales démontrées.

Mais dans le principe, l'interruption volontaire de grossesse (I.V.G.) restait formellement interdite. Et l'Ordre des Médecins soutenait que, même lorsqu'il pouvait apparaître comme la solution la moins mauvaise à une situation dramatique, l'avortement ne pouvait être considéré comme un acte médical normal.

On sait que cette position du Conseil de l'Ordre a été très critiquée. On lui reprocha d'être dogmatique, fondée sur une inspiration philosophique non acceptée par tous. On lui a même reproché d'être responsable en pratique des accidents meurtriers secondaires aux avortements clandestins.

La loi de 1975, reconduite en 1979 n'institue pas un droit à l'avortement comme le demandait une partie de l'opinion mais elle organise la possibilité d'une I.V.G dans des conditions de sécurité technique pour les cas de "nécessité", c'est à dire lorsqu'une femme se trouve en situation de détresse, en raison de son état. La détresse peut venir de conditions physiques, morales, ou sociales. Elle n'est pas définissable et l'appréciation en est laissée à la demanderesse.

Dans la loi, l'avortement doit rester une exception, c'est l'ultime recours. En effet diverses mesures dissuasives ont été prévues: délai de réflexion, consultation médico-sociale, offre d'aide matérielle et psychologique, et pour l'avenir, conseil de contraception.

L'I.V.G est donc désormais autorisée mais dans les limites prescrites par le législateur.

La grossesse ne peut être interrompue qu'au cours des dix premières semaines. L'intervention doit être pratiquée par un médecin et seulement dans un établissement hospitalier public ou un établissement privé agréé Elle ne doit pas être l'occasion de profits abusifs.

L'I.V.G. reste un acte anormal et grave.

Dans le corps médical, il n'y a pas uniformité d'attitude à son sujet. Certains médecins estiment que leur devoir est d'accepter cette charge afin d'éviter les conséquences déplorables des avortements clandestins, d'autres, par convictions personnelles, n'acceptent pas d'être les agents d'exécution d'actes qu'ils réprouvent.

La loi ne fait pas obligation aux médecins de pratiquer les I.V.G. Elle reconnaît une "clause de conscience" qui leur permet de se récuser.

Le médecin est toujours libre de refuser de donner suite à une demande d'I.V.G. mais il doit le faire en toute loyauté dès le premier entretien. Ce refus ne saurait être un abandon, la consultante ayant le droit d'être renseignée.

-L'éthique.

Cette section possède également une fonction de réflexion sur tous les problèmes d'éthique concernant la profession médicale.

Ces dernières années, plusieurs scandales ont remis en question des notions morales jusque là acquises. Qui n'a pas en mémoire les récents débats sur l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique et sur les prélèvements d'organes?

En 1985, par exemple, certains propos tenus à la télévision par des médecins avaient contribué à entretenir une confusion entre l'assistance médicale aux agonisants et l'euthanasie "active" qui est un meurtre par pitié ou sur demande.

Entretenir une telle équivoque dans le public est intolérable. Le Conseil National de l'Ordre l'a rappelé à plusieurs reprises, tout comme la Conférence internationale des Ordres ou les services du ministère.

La position du Conseil de l'Ordre à ce sujet est claire. En effet l'article 20 du Code de Déontologie stipule que "le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade, mais n'a pas le droit d'en provoquer délibérément la mort."

L'euthanasie (qui signifie étymologiquement: Mort douce et facile) est un terme qui vient du grec "euthanasia". Or actuellement, ce mot est essentiellement utilisé dans le sens de mort provoquée, de "coup de grâce" et il indique le plus souvent, le fait de procurer la mort à un incurable par pitié ou sur demande.

On parle d'euthanasie "active" par opposition à l'euthanasie "passive" qui consiste à laisser venir la mort naturelle dans un cas désespéré, à s'abstenir de traitement ou de gestes de réanimation inutiles. C'est en quelque sorte, le refus d'un acharnement thérapeutique lorsque le malade est incurable. Mais, ceci ne doit pas dispenser le médecin d'apporter son aide à ces malades sur le plan physique et psychique par le biais de ce que l'on nomme les soins palliatifs.

En effet, contre la douleur physique, rappelle le Conseil de l'Ordre, la médecine dispose aujourd'hui de nombreuses drogues efficaces. Il faut apprendre à s'en servir car la marge est étroite entre la dose apaisante et la dose toxique de ces médicaments. De plus, le confort des grands malades et des agonisants peut être sensiblement amélioré par l'aspiration des sécrétions, l'oxygénation, une hydratation convenable et des soins cutanés.

Quand à l'angoisse, il est possible de l'atténuer par des sédatifs et tranquillisants qui possèdent également une action antalgique, et par l'assistance morale et psychologique que tout le personnel médical peut apporter.

A la "conduite des agonies" se rattache la question si controversée de "l'acharnement thérapeutique".

Il existe un consensus général pour penser que "le respect de la vie" ne doit pas être poussé jusqu'à l'absurde et que le médecin n'est jamais chargé de prolonger l'agonie par des prouesses techniques. Il n'y a, en effet, aucune obligation morale à faire durer une vie sans espoir. Lorsqu'on est sûr que la "partie est perdue", toute action thérapeutique pénible pour le malade serait inhumaine.

La crainte de voir certains réanimateurs continuer leur lutte contre la mort au delà des limites raisonnables, sans espoir de succès ou pour laisser l'infortuné patient dans un état pitoyable, a fait naître une réaction de l'opinion contre "l'acharnement thérapeutique" et la "médicalisation de la mort". Pourtant il faut rappeler que sans ce dynamisme et sans cet esprit combatif qui leur fait tout entreprendre, aucun progrès n'aurait été acquis dans le traitement des états graves.

Le débat est simple, tant qu'il reste académique. Un médecin doit lutter tant qu'il existe un espoir de guérison ou d'amélioration mais passé le moment où on ne peut plus rien espérer, il faut cesser toute activité thérapeutique douloureuse ou pénible.

Mais dans la pratique, il est plein de difficultés. Car il est assez rare d'être sûr du pronostic d'un malade, le verdict d'incurabilité n'étant pas toujours évident, ni infaillible. Et le médecin ne doit pas laisser échapper une chance. Les cas de conscience, dans les services sont aussi nombreux et délicats. Malheureusement dans la littérature abondante qui s'est exprimée sur ces sujets on a bien souvent confondu coma dépassé (mort du cerveau) et coma prolongé (dont l'issue est incertaine).

L'expérience croissante des réanimateurs apportera sans doute des éléments nouveaux pour de meilleures décisions. En effet, sur des critères de plus en plus précis, cliniques et biologiques, il devient possible de prendre en bonne connaissance de cause, la décision d'abandonner ou de ne pas entreprendre les manoeuvres de réanimation, et d'assurer seulement les soins apportant le soulagement.

La condamnation morale de l'euthanasie "active" a souvent été remise en question et elle l'est de plus en plus actuellement sans doute du fait de l'affaiblissement des croyances religieuses. La mort ne montre plus que sa laideur, on voudrait en finir parfois en s'y précipitant plus vite.

Il n'est plus exceptionnel que le médecin soit sollicité par une famille ou par le malade lui même pour mettre un terme à une maladie pénible.

Il existe, en outre, un courant d'opinion qui proteste contre la "médicalisation de la mort" sur commande, réclamant un droit de mourir "dans la dignité" au moment choisi, par le moyen choisi.

Quelques suicides célèbres et d'émouvants procès d'euthanasie ont alimenté cette façon de penser, qui de sentiment devient opinion.

De plus, la presse s'est, à diverses reprises, emparée du sujet. Des associations se sont créées dans de nombreux pays pour réclamer une législation autorisant l'euthanasie et le "testament d'euthanasie" (qui est en réalité, un testament de non réanimation.).

Des manifestes et des congrès même médicaux s'expriment en ce sens; des propositions de loi ont été déposées.

Beaucoup d'esprits sont troublés et des médecins peuvent l'être devant ces cas pitoyables. Ils peuvent effectivement se sentir pris dans un conflit de devoirs "entre le respect de la vie et l'amour du prochain" selon l'expression de Mr Jean Bernard.

Mais les arguments contre une législation qui permettrait au médecin de tuer ne manquent pas; le risque d'une erreur de diagnostic est toujours possible et il est difficile d'interpréter la demande d'un malade souvent fluctuante. Des mobiles très divers peuvent inspirer une même famille.

En fait, si la décision appartenait au seul médecin, ce pouvoir serait exorbitant.

Peut-on, en effet, imaginer qu'un grand malade, un infirme ou un vieillard ait à se demander si l'injection qu'on lui prépare est faite pour le soulager, ou bien en accord avec sa famille, pour le faire mourir?

Le Conseil de l'Ordre a rappelé à ce sujet, qu'Hitler avait signé un décret d'euthanasie et qu'une législation de ce genre entraîne sur une terrible pente. Car le plus pitoyable n'est pas le cas de celui qui souffre, ou qui se sait condamné, il a en effet des phases de dépression, mais aussi des phases d'espoir, de résignation. Bien plus difficile est le cas de l'aphasique ou du grand hémiplégique car si l'euthanasie devenait légale comment empêcherait-on qu'elle devienne la destinée des pseudo-bulbaires, des vieillards, des infirmes et des "inutiles".

Ainsi, selon le Conseil de l'Ordre, "tuer n'est pas la solution" même dans les cas insoutenables, ceux pour lesquels les partisans du meurtre par pitié invoquent la charité.

A ce sujet, le Dr Louis RENE, actuel président du Conseil de l'Ordre insiste sur le fait que "l'argument sentimental est habile mais un peu court et qu'une compassion plus exigeante eut fait découvrir aux partisans de l'euthanasie "active" que l'angoisse intolérable, la demande de mort du malade recouvrent et masquent trop souvent une solitude affective ou un abandon insoupçonné. Une thérapeutique palliative et une plus grande chaleur humaine de la part de l'entourage seraient souvent mieux adaptées".

En fait ce débat sur l'euthanasie et l'acharnement thérapeutique, loin d'être inutile, a permis d'amorcer des réalisations pratiques sous forme de soins palliatifs, ceux-ci ayant été désormais reconnus légitimes au Congrès d'Ethique de mars 1991. Ainsi il n'est plus permis de leur opposer l'article 63 du Code Pénal sur "la non assistance à personne en danger".

D'autres thèmes font ainsi l'objet de réflexions de la part de cette section, notamment, au sujet des essais thérapeutiques avec l'avènement de la loi HURIET, sur la responsabilité pour le médecin d'informer le malade, sur le secret médical ou sur la maltraitance des personnes âgées dans les institutions.

Tout ceci dans le but d'améliorer sans cesse les soins médicaux dans une société qui se modifie très vite.

*** La deuxième section: Entraide et finance.**

Cette section est chargée d'assister le trésorier;

Elle contrôle les finances du Conseil National et fonctionne sous l'égide de la Commission de Contrôle des Comptes et Placements Financiers.

Chaque année, cette Commission, dont les membres sont désignés par le Conseil National en dehors du Bureau du Conseil, doit se faire communiquer l'ensemble des comptes du Conseil National de l'Ordre et son budget prévisionnel. Elle contrôle en plus obligatoirement le montant des cotisations ordinaires fixé par le Conseil National selon l'article L.410 du code de la santé publique.

Ces cotisations sont obligatoires et leur montant est unique quelque soit le chiffre d'affaire (1.080,00F en 1992). Elles sont versées par les médecins inscrits à chaque Conseil Départemental dont ils relèvent.

Cette section **détermine également quelle sera la part des cotisations devant être versée** par les Conseils Départementaux aux Conseils Régionaux dont ils dépendent, et au conseil National.

Déclaration sur l'euthanasie

A PROPOS DE L'ARTICLE 20 DU CODE DE DEONTOLOGIE

DECLARATION DU CONSEIL

NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Certains écrits récents et des propos tenus à la télévision sur l'euthanasie amènent le Conseil National à faire la mise au point suivante:

Dans ces écrits et propos, l'expression << aider à mourir >> a été employée ; elle est ambiguë: elle crée et entretient une confusion entre l'assistance médicale aux agonisants (un des devoirs les plus importants du médecin) et l'euthanasie << active >> qui est un meurtre par pitié ou sur demande.

Une telle confusion est inadmissible.

<< Aider à mourir >>: oui, s'il s'agit d'apaiser les douleurs et l'angoisse, d'apporter le plus possible de confort et de réconfort à celui qui va mourir. Oui aussi, s'il s'agit de s'abstenir d'un traitement pénible, ou d'y mettre fin, lorsqu'il est inutile, dans un cas désespéré.

Non, si par cette expression on entend suggérer d'achever le malade ou de l'aider à se suicider. La médecine n'est pas faite pour cela, le médecin n'a pas ce pouvoir, ni dans la loi, ni dans les règles de déontologie.

<< Le médecin doit s'efforcer d'apaiser les souffrances de son malade, il n'a pas le droit d'en provoquer délibérément la mort >>. Un médecin est gravement répréhensible s'il manque à cet article 20 de notre code:

- soit en n'apportant pas aux mourants l'assistance médicale et les soulagements qu'elle peut leur donner,
- soit en s'arrogeant le droit exorbitant d'arrêter volontairement une vie humaine.

Adopté par le Conseil National, le 5 juillet 1985.

Le rapport final de la Commission de Contrôle sur les comptes du Conseil National et sur la fixation des cotisations, sera ensuite publié dans le Bulletin Officiel du Conseil National de l'Ordre.

Elle comprend, en outre, la **Commission Nationale d'entraide** présidée par un vice président du Conseil National. Elle est composée de Conseillers Nationaux, de représentants de l'Association des femmes et des enfants de médecins, de représentants de la Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français (CARMF) et de l'Association Générale des Médecins de France (AGMF).

Afin de venir en aide aux médecins et à leur famille, cette commission dispose de ressources annuelles prélevées sur la cotisation de chaque médecin inscrit à l'ordre. Cet argent est ensuite redistribué dans son intégralité, après enquête et avis des Conseils Départementaux, sous forme de secours, bourses d'étude etc...

Ainsi de 1945 à 1988, trois milliards de francs constants ont été consacrés à soulager les détreesses de confrères et de leurs proches.

Cette entraide concerne tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre quelle que soit leur modalité d'exercice (libéraux, salariés ...).

De 1984 à 1989, le nombre de dossiers étudiés chaque année est passé de 179 à 316, celui des dossiers retenus, de 130 à 282, et le montant des allocations annuelles de 1.911.407,00F à 3.013.989,00F. Il s'agit là d'un gros effort de la profession dont une grande part de la cotisation ordinale nationale est affectée à l'entraide.

Malgré cela, un rapport du Dr BAILLY, président de section, regrettait de ne pouvoir intervenir davantage; ceci étant le fait d'une augmentation considérable des demandes reçues (77% en 6 ans) liée selon lui à la croissance démographique du corps médical et aux confrères imprévoyants qui ne sont pas en règle avec la CARMF ou qui négligent de souscrire une assurance complémentaire pour indemniser les arrêts de travail pendant les 90 premiers jours. (la CARMF ne pouvant statutairement les prendre en charge pendant cette période).

COTISATION A L'ORDRE

* La cotisation ordinale pour l'année 1992 est de:

1.080,90 F

Elle est due dès le 1er janvier 1992. Elle doit être versée au Conseil Départemental.

*Pour les médecins retraités restant inscrits au tableau sous la mention "n'exerçant pas", elle est de :

184,00 F

*Les droits de première inscription s'élèvent à :

170,00 F

*La cotisation des médecins sur la liste spéciale (médecins temporairement à l'étranger) est de:

240,00 F

(Extrait B.O.M N°1 de 1992)
(Rapport du Dr BAILLY)

L'ENTRAIDE EN CHIFFRES

* Le Conseil National a alloué:

3.013.989,00 F

* Les Conseils Départementaux ont alloué

1.583.049,00 F

soit, au total, au titre de l'ordre:

4.597.038,00 F

* La CARMF a alloué:

-Régimes base complémentaire invalidité:

14.551.889,00 F

-Régime A.S.V (Assurance Sociale Vieillesse):

7.122.380,00 F

*L'Association Générale des Médecins de France a alloué:

1.176.200,00 F

*L'Aide aux femmes et enfants de médecins a alloué:

2.011.574,00 F

TOTAL DE L'ENTRAIDE MEDICALE EN 1989:

29.459.081,00 F

(Extrait B.O.M N°1 de 1992)

(Rapport du Dr BAILLY)

D'autres organismes professionnels viennent en aide aux médecins et à leurs familles:

*La Caisse Autonome de Retraite des Médecins Français a alloué:

-Entraide aux allocataires:

1.905.311,00 F

-Entraide aux cotisants:

(prise en charge des dispenses de cotisations)

16.361.535,00 F

SOIT UN TOTAL DE :

18.266.846,00 F

*L'Association Générale des Médecins de France a alloué:

928.568,00 F

*L'Aide aux femmes et enfants de médecins a alloué:

2.123.700,00 F

C'est ainsi qu'en 1990 l'entraide médicale s'est élevée à:

VINGT-SEPT MILLARDS DE CENTIMES

Au moment où la CNAM vient de publier le montant des recettes des médecins, nous vous livrons ce chiffre sans commentaire.

(extrait B.O.M N°1 de 1992)

Le Conseil National gère ainsi les biens de l'ordre, en créant ou subventionnant des oeuvres intéressant la profession médicale et des oeuvres d'entraide.

Sur le plan financier, il surveille la gestion des Conseils Départementaux qui doivent l'informer préalablement des gestions des organismes dépendant d'eux, et de toute création. Il doit aussi verser aux Conseils Départementaux, une somme destinée à assurer une harmonisation de leurs charges sur le plan national.

Ainsi, l'Ordre est un organisme autonome dont les conseillers sont élus par les médecins, et financé par eux seuls, ce qui en garantit l'indépendance; Il défend les intérêts des malades et les intérêts moraux de la profession.

Fait remarquable. il ne subit aucune tutelle, aucun contrôle, hormis celui du Conseil d'Etat en matière disciplinaire ou administrative.

*** La troisième section: Exercice professionnel et qualification.**

Elle étudie les incidences morales et déontologiques des problèmes matériels de l'exercice de la médecine.

Ainsi en 1990, une étude concernant le vieillissement de la population et ses conséquences sur l'exercice médical fut effectuée par cette section.

Ce vieillissement constant entraîne, en effet, une modification de l'exercice médical.

La nature des actes médicaux change car pour les personnes âgées, les visites sont plus fréquentes que les consultations.

Il est aussi de plus en plus difficile d'apprécier les polyopathologies dont ils font l'objet et leur retentissement.

Ainsi, lorsque leur état de santé est précaire, le médecin se trouve confronté à des choix concernant la nature et le lieu d'application des différentes thérapeutiques et le maintien à domicile.

Des moyens de prévention de la sénescence et de ses conséquences, des enseignements spécialisés (géronologie et gériatrie) et des formations continues sur ce sujet ont donc été mis en place, permettant d'appliquer les nombreux progrès thérapeutiques au suivi des personnes âgées.

Une autre étude de 1991, montre que les mutations démographiques de cette fin de siècle et de millénaire ont une répercussion sur les modalités de l'exercice médical.

On constate en effet, une augmentation importante de la longévité associée à une diminution de la natalité. Cela ne peut que conduire rapidement à l'émergence d'un type prédominant d'exercice médical: les soins aux personnes âgées.

Il faudra donc adapter la médecine à ce flux toujours grandissant avec ses besoins spécifiques.

Plusieurs solutions ont donc été envisagées dans cette section:

- préparer les futurs médecins aux problèmes de la gériatrie
- maintenir les diplômes inter-universitaires de gériatrie,
- favoriser la préparation de la capacité en gériatrie accessible aux médecins généralistes,
- promouvoir les thèmes de gériatrie et gériatrie, parmi ceux retenus pour la formation continue afin de prévenir l'invalidité et la dépendance des personnes âgées,
- rechercher et diffuser l'information sur les services médico-sociaux, les services de soins et les aides à domicile pour permettre dans la mesure du possible le maintien du vieillard à domicile.
- préférer les médecins formés à la gériatrie dans les maisons de retraite avec section de cure médicale. Ces médecins devront avoir une formation de coordination et de surveillance, essentielle, pour pallier à l'absence du médecin traitant habituel du pensionnaire.
- s'efforcer d'orienter un service de médecine générale vers l'hospitalisation des personnes âgées,
- développer une consultation externe où il deviendrait possible de conseiller utilement le médecin généraliste. Ceci permettrait de juger de la possibilité de soins dans le cadre d'une Hospitalisation à Domicile (HAD) et surtout de pratiquer des bilans en vue du dépistage d'affections invalidantes accélérant l'apparition d'une pathologie greffée sur la sénescence de l'organisme.
- envisager une prise en charge effective des conséquences de la dépendance au niveau des organismes de protection sociale.

-assurer une formation du personnel soignant des établissements sanitaires pour personnes âgées, pour une meilleure prise en charge de l'accompagnement des mourants et des troubles psychiatriques.

Il sera donc nécessaire de mesurer dans un futur proche, dans quelle proportion cette situation démographique va modifier les besoins de médecins en nombre et en qualité.

Notre société connaît des mutations rapides. "Il est donc temps de réfléchir avant d'agir, pour éviter d'assister au "crépuscule des vieux" et préparer plutôt l'apparition d'une génération inoxydable" (Dr DUBOIS)

Cette section est également chargée de surveiller la qualification des médecins, et de répondre aux questions hospitalières.

Voici deux exemples de son intervention à ce sujet:

"QUALIFICATION en médecine exotique: médecin issu du nouveau régime d'études médicales.

Considérant que le Dr X, médecin qualifié en médecine générale, a demandé à déposer un dossier devant la commission de 1^{ère} instance de qualification en médecine exotique en vue de sa qualification dans cette discipline; que, le Conseil Départemental ayant refusé de transmettre son dossier à cette commission, il a saisi le Conseil National;

Considérant que le Dr X est un médecin issu du nouveau régime d'études médicales; que, de ce fait, il ne peut se voir reconnaître une qualification que par la voie de la formation médicale que comporte désormais le troisième cycle des études médicales; qu'il suit de là qu'il ne peut demander à ce que les commissions de qualification prévues par l'Arrêté du 4 Septembre 1970 modifié examinent son dossier en vue d'obtenir la qualification en médecine exotique; que sa requête ne peut être accueillie (20 janvier 1990).

"QUALIFICATION en phoniatrie: médecin issu du nouveau régime des études médicales.

Considérant que le Dr X, médecin qualifié en médecine générale, a demandé à déposer un dossier devant le Conseil Départemental, un dossier de demande de qualification en phoniatry; que, le Conseil Départemental ayant transmis ce dossier à la commission nationale de 1^{ère} instance de qualification en phoniatry, celui-ci lui a été retourné par le Secrétaire Général du Conseil National au motif que le Dr X ne pouvait présenter de dossier devant cette commission; qu'informé de ce refus, le Dr X a saisi le Conseil National d'un recours;

Considérant qu'il résulte de l'article 50 de la loi du 12 novembre 1968 modifiée par la loi du 23 décembre 1982 et les lois du 30 juillet 1987 et 13 janvier 1989 que les qualifications de médecins issus du nouveau régime d'études médicales ne peuvent être acquises que par la voie de formation médicale que comporte désormais le 3^{ème} cycle d'études médicales; que, dès lors, les autorités de l'Ordre sont tenues de rejeter les demandes de qualification par la voie des commissions de qualification présentées par ces médecins; que de ce fait, et alors qu'il n'est pas contesté que le Dr X est issu du nouveau régime d'études médicales, les moyens touchant aux conditions dans lesquelles ce refus lui a été opposé sont inopérants; qu'il suit de là que sa requête ne peut qu'être rejetée (31 mars 1990). (extrait du B.O.M).

A cette section se rattachent:

- les commissions de qualification
- la commission de Sécurité Sociale
- la commission des études médicales
- la commission de permanence des soins.

*** La quatrième section: Démographie, Epidémiologie et Informatique.**

Cette section est chargée de l'étude des problèmes posés par les fléaux sociaux, l'épidémiologie, la démographie et l'informatique.

Le fichier du Conseil National est désormais totalement informatisé, ce qui permet d'obtenir tous les renseignements utiles sur l'implantation des médecins.

Le Conseil National de l'Ordre publie régulièrement des ouvrages sur l'évolution de la démographie médicale.

Ainsi au début de l'année 1990, le Conseil National de l'Ordre des médecins a lancé une enquête auprès des jeunes médecins afin de mieux situer leur mode d'exercice professionnel, leur pratique et leurs difficultés.

Ceci a permis au Dr DUBOIS, responsable de cette section de tirer quelques conclusions et d'analyser des propositions destinées à améliorer rapidement la situation.

Ainsi, la préparation à l'exercice professionnel pourrait-elle être complétée et le choix du lieu géographique d'installation mieux guidé. Il serait nécessaire de faire connaître aux étudiants en fin d'étude les possibilités d'intégrations dans les services de garde (SAMU, Centre 15...) ou dans des vacations salariées (médecine scolaire, colonies de vacances, éducation sanitaire).

Cette étude met aussi en évidence les problèmes soulevés par le mode d'activité des médecins femmes, concernant notamment leur protection sociale en exercice libéral.

Rappelons que le taux global de féminisation est passé de 30,7% à 31,3% du 1^{er} janvier 1990 au 1^{er} janvier 1991.

En décembre 1991, la situation démographique médicale de notre pays et son évolution continue de susciter études et commentaires, ainsi que des prises de position parfois divergentes.

En janvier 1991, une analyse effectuée par le Dr DUBOIS dans le cadre de cette section aboutit aux conclusions suivantes: la décélération dans l'augmentation du nombre de médecins s'accroît (5,22% d'augmentation en 1980, 1,43% en 1990). De ce fait, la densité médicale n'est passée que de 296 à 297 pour 100.000 habitants entre 1989 et 1990 mais la répartition de l'ensemble des médecins reste inégalitaire avec vingt quatre départements et six régions nettement au dessus de la moyenne nationale (Ile de France, Provence-Côte d'azur, Midi Pyrenées, Roussillon et Alsace).

La pratique professionnelle des jeunes médecins

La répartition par sexe des 2940 réponses montre une distribution représentative de la population des médecins inscrits au cours des dix dernières années:

Hommes: 62 %

Femmes: 38 %

La répartition par discipline d'activité professionnelle est la suivante:

Médecine générale: 55 %
dont 32 % en médecine générale seule, 9 % en médecine générale avec MEP*, 14 % en médecine générale avec compétence

Spécialistes: 43 %

Sans activité définie: 2 %

La répartition par type d'exercice professionnel est la suivante**:

Médecine libérale: 67 %

Médecine hospitalière: 36 %

Médecine préventive: 16 %

Education sanitaire: 11 %

Médecine des soins salariée: 11%

Médecine contrôle: 6 %

*MEP: mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture)

** Le total s'établit à 147 %, les jeunes médecins ayant généralement un exercice professionnel à la fois libéral et salarié (multi-exercice).

La répartition selon le temps d'activité professionnelle s'établit comme suit:

Activité à temps plein: 79 %

Activité à temps partiel: 14 %

Activité intermittente: 7 %

Cependant, l'évolution vers l'activité à temps plein progresse avec l'ancienneté d'exercice, puisqu'elle est de 65 % à moins de deux ans, de 77 % entre deux et quatre ans, de 81 % après cinq ans.

Quant à l'activité dite intermittente, elle consiste essentiellement en remplacements (72 %), en activité de gardes et permanence de soins (29 %) ou divers (25 %).

Structure juridique du cabinet libéral

Cabinet " solo": 51%

Société civile de moyens: 25 %

Association de médecins: 20 %

Autre: 4 %

Contrairement à une opinion généralement admise, l'exercice en cabinet "solo" est plus fréquent dans les jeunes générations: 50 % pour les diplômés avant 1986, 54 % pour ceux entre 1986 et 1988, 56 % pour les diplômés après 1988.

Certaines spécialités connaissent un afflux féminin progressif (dermatologie, vénérologie, anatomie...) et on constate la présence de 4253 médecins, de plus de 65 ans, encore en activité et 8842 entre 60 et 64 ans; soit une moyenne prévisible de 1768 départs chaque année.

Le nombre de médecins continuera donc de croître légèrement au cours des dix prochaines années, la progression ne s'arrêtant que vers l'an 2006.

C'est pourquoi le rapport de la Direction Générale de la santé, paru en juillet 1991 évoque le problème des débouchés ou réorientations professionnelles afin de remédier à une pléthore de 20.000 médecins.

Enfin, l'ouverture européenne de l'exercice médical n'a pas entraîné un afflux considérable de médecins originaires de la C.E.E malgré la législation communautaire sur la libre circulation des personnes et des biens.

Quant aux autorisations d'exercice offertes chaque année aux titulaires diplômés étrangers, elles se limitent maintenant à une cinquantaine par an.

Ainsi, la démographie médicale n'a pas fini d'être étudiée, analysée, décortiquée. Elle intéresse les responsables de Santé Publique pour deux raisons: satisfaire les besoins de la population (en nombre et en qualité de médecins) mais aussi éviter un excédent générateur à plus ou moins long terme de dépenses de santé (en actes médicaux, prescription d'examens diagnostiques ou thérapeutiques).

En ce sens, faut-il jouer seulement sur le numérus clausus et sur le nombre et la nature des D.E.S pour assurer une régulation au niveau universitaire? Mais ce serait négliger totalement la législation communautaire. Faut-il comme dans d'autres pays européens, s'efforcer de réguler les installations par zones géographiques, par secteur d'activité (public ou privé), par discipline et par agrément des organismes de protection sociale?

En fait, un mécanisme plus ou moins complexe devrait être mis en place pour pallier certains excès géographiques ou certaines carences. Ceci nécessiterait qu'une politique de santé soit établie au moins dans une perspective décennale.

o- La section des Assurances sociales.

Cette section est une juridiction d'appel des décisions des sections des assurances sociales des conseils régionaux.

Elle est présidée par le conseiller d'état ou son suppléant, déjà président de la Section Disciplinaire.

Elle est composée de **deux membres titulaires et de deux membres suppléants** désignés par la Section Disciplinaire en son sein, **d'un médecin-conseil et d'un représentant des caisses de Sécurité Sociale concernées** (désigné par le ministre de la santé et de la sécurité Sociale).

Elle peut recevoir en appel toutes les décisions des sections des assurances sociales des Conseils Régionaux.

Elle peut donc les réformer, les confirmer voire les annuler.

Cette section intervient, entre autre, lorsqu'il y a abus d'acte ou de prescription, actes fictifs, cotations ou honoraires abusifs et utilisation de thérapeutiques dangereuses.

Voici quelques exemples, afin de mieux situer sa fonction:

"ABUS D'ACTE. Défaut de justification dans les documents de l'hôpital des consultations données au chevet des patients.

Bénéfice de l'amnistie.

Considérant que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le médecin-conseil chef de cette caisse ont porté plainte à l'encontre du Dr X qui exerce en tant que médecin autorisé à l'hôpital local, au motif que durant la période s'étendant du 1 mai 1985 au 30 janvier 1986, qui a fait l'objet de la vérification, l'intéressé aurait facturé, dans le cas de dix sept patients, en moyenne une consultation par patient tous les deux jours pendant leur période de séjour, soit au total 293 consultations sur lesquelles 78 seulement ont fait l'objet d'une inscription sur le dossier médical ou sur un autre registre; que la caisse et le médecin-conseil ont indiqué que le reproche fait au Dr X portait moins sur le nombre des consultations facturées par rapport au nombre de jours d'hospitalisation non justifiées par une trace relevée dans le dossier médical ou dans le registre des visites;

Considérant qu'aux termes de l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988 susvisée:<< Sont amnistiés les faits commis avant le 22 mai 1988 en tant qu'ils constituent des manquements à la probité, aux bonnes moeurs ou à l'honneur...>>;

Considérant que les faits reprochés au Dr X ne sont pas contraires à l'honneur et à la probité, dans la mesure notamment où le praticien, dont le dévouement est attesté par plusieurs confrères et par le président et les membres du Conseil d'Administration de l'hôpital, a demandé et obtenu de l'hôpital une mesure de réorganisation permettant de remédier pour l'avenir au défaut de justification de certaines consultations relevées par le contrôle médical; que , par suite, les faits reprochés étant amnistiés, la plainte de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et celle du médecin-conseil chef ne sont plus susceptibles de recevoir une suite; qu'il n'y a lieu dans ces conditions de statuer sur la requête du Dr X (10 juillet 1990). (Extrait du Bultin de l'Ordre des Médecins 1991).

"ABUS DE PRESCRIPTION. Manquement à la probité exclu du bénéfice de l'amnistie.

2 mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le Dr X a prescrit à différents patients et à plusieurs reprises des quantités considérables de cellulose et de crèmes ou pommades dermocorticoïdes, que les explications qu'il fournit sur la difficulté d'identifier certains patients et sur l'état de certains d'entre eux ne sauraient justifier des prescriptions aussi massivement abusives qui n'ont pu avoir pour objet que de procurer aux intéressés des avantages indus; que ces agissements, qui constituent des fautes au sens de l'article L.145-1 du Code de la Sécurité Sociale, sont ainsi, dans les circonstances très particulières de l'affaire où ils étaient de nature à alimenter le marché illicite de produits destinés à éclaircir l'épiderme de noirs, ce dont l'ordonnance de non lieu obtenue au pénal par le Dr X n'interdit pas de tenir compte, contraires à la probité et échappent ainsi à l'amnistie édictée par l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988; que les premiers juges en ont fait une exacte appréciation en prononçant la peine de deux mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux (17 juillet 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins 1991).

"ABUS DE PRESCRIPTION massifs. Manquement à l'honneur exclu du bénéfice de l'amnistie.

Blâme.

Considérant qu'en prescrivant sans consultation des doses considérables de médicaments s'ajoutant à ceux qu'il prescrivait lors de consultations, et alors même que certaines des prescriptions relevées auraient été le fait de remplaçants et que certains médicaments auraient été obtenus par fraude, sans ordonnance ou à l'aide d'ordonnances photocopiées, le Dr X s'est rendu coupable d'abus de prescriptions massifs qui ont fait courir au patient des risques injustifiés et doivent ainsi, sans qu'y fasse obstacle la décision invoquée du Conseil Régional, être regardés comme contraires à l'honneur et échappant à l'amnistie édictée à l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988;

Considérant que, dans les circonstances de l'affaire, la section des assurances sociales du Conseil Régional a fait une appréciation excessive de la sanction; qu'il y a lieu de ramener au blâme la peine infligée au Dr X;(7 novembre 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins 1991).

"COTISATIONS ABUSIVES. Facturation à un jour d'intervalle de deux actes effectués au cours de la même séance: violation de l'article 11 de la nomenclature. Circonstances alléguées sans effet sur le caractère fautif.

Manquement à la probité et à l'honneur exclu du bénéfice de l'amnistie.

2 mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

Considérant qu'il résulte de l'instruction que le Dr X a, au moins à huit reprises en 1985, facturé à un jour d'intervalle un acte de consultation coté C2 et un acte d'échographie coté K15 qui avaient été en réalité effectués au cours de la même séance; que ces faits, qui ont été admis par le Dr X au cours de l'instance devant la section des assurances sociales du Conseil Régional, constituent une violation de l'article 11 de la

nomenclature générale des actes professionnels aux termes duquel "les honoraires de la consultation et de la visite ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes exécutés au cours de la même séance";

Considérant que la circonstance que les actes en cause aient été effectués dans des salles différentes de la clinique où exerçait le requérant et correspondant à des investigations différentes n'est pas de nature à faire échec à l'application de l'article 11 de la nomenclature générale des actes professionnels précité dès lors que les actes dont il s'agit ne peuvent être regardés, dans les circonstances de l'espèce, comme ayant été exécutés au cours de séances distinctes; que la circonstance, alléguée par le requérant, que la nomenclature générale des actes professionnels ne correspondrait plus à l'évolution des techniques, ne saurait davantage autoriser le praticien à ne pas en respecter l'article 11 précité; que les préoccupations sociales dont il fait état ne sauraient non plus excuser la violation de l'article 11 de la nomenclature générale des actes professionnels qu'il a commise;

Considérant qu'aux termes de l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988 susvisée: "Sont amnistiés les faits commis avant le 22 mai 1988 en tant qu'ils constituent des fautes passibles de sanctions disciplinaires ou professionnelles... Sauf mesure individuelle accordée par le décret du Président de la République sont exceptés du bénéfice de l'amnistie prévue par le présent article les faits constituant des manquements à la probité, aux bonnes moeurs ou à l'honneur...", que le fait de facturer à des dates fictivement distinctes des actes qui ont été en réalité exécutés le même jour afin d'obtenir des honoraires plus élevés constitue un manquement à la probité et à l'honneur au sens de l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988;

Considérant enfin que le Conseil Régional n'a pas fait une appréciation inexacte des faits reprochés au Dr X en lui infligeant la peine d'interdiction du droit de donner des soins au assurés sociaux pendant une période de deux mois (8 février 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins 1991).

"ACTES FICTIFS. Délivrance de deux feuilles de soins pour un seul acte ou d'une seule feuille attestant plusieurs actes affectés de dates fictives. Manquements à la probité exclus du bénéfice de l'amnistie.

2 mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés

sociaux.

Considérant qu'il résulte de l'instruction et qu'il n'est d'ailleurs pas contesté par le Dr X, que ce praticien, de façon systématique, établissait pour un seul acte soit deux feuilles de soins, soit une feuille attestant plusieurs actes affectés de dates fictives; qu'en admettant même que, comme il le soutient, cette pratique était nécessaire pour amortir le matériel coûteux nécessaire à l'exercice de son art, elle n'en est pas moins une violation frauduleuse des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels, constitutive d'une faute grave et revêt le caractère d'un manquement à la probité et échappe par suite à l'amnistie édictée par l'article 14 de la loi du 20 juillet 1988; qu'il sera fait une juste appréciation des circonstances de l'affaire, alors que l'autre grief énoncé bénéficie de ladite amnistie, en infligeant au Dr X, la peine de deux mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux. (17 mai 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins 1991).

"ACTES FICTIFS ET FACTURATION D'ACTES NON EFFECTUES

PERSONNELLEMENT. Manquements à l'honneur et à la probité exclus du bénéfice de l'amnistie.

1 mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés

sociaux.

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier et qu'il n'est pas contesté par le Dr X que ce dernier, médecin psychiatre, a facturé cinquante-deux électroencéphalogrammes qui n'avaient pas été exécutés et mis au nom de son épouse, aussi médecin psychiatre dans la même clinique, certains actes qu'il avait effectué lui-même; que ces agissements sont au nombre des fautes, abus et fraudes visés à l'article L.145-1 du Code de la Sécurité Sociale; qu'en raison du caractère mensonger des attestations ainsi fournies, ils ont le caractère de manquements à l'honneur et à la probité et sont ainsi exceptés du bénéfice de l'amnistie instituée par la loi du 20 juillet 1988, même si la condamnation pénale qui avait été, pour les mêmes faits, infligée au Dr X a été, quant à elle, amnistiée en vertu des règles propres à cette catégorie de peine; que c'est donc à bon droit que la section des assurances

sociales du Conseil Régional a condamné le Dr X à l'une des sanctions visées à l'article L 145-2 du Code de la Sécurité Sociale; que toutefois, eu égard notamment à ce que celui-ci a déjà été frappé d'une mesure de déconventionnement pour une durée de six mois, il sera fait une juste appréciation des circonstances de l'affaire en réduisant de trois à un mois la durée de la peine d'interdiction qui lui a été infligée.(16 mai 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins 1991).

"HONORAIRES ABUSIFS. COTATIONS INDUES. FACTURATION D'ACTES FICTIFS.

Manquements à l'honneur et à la probité exclus du bénéfice de l'amnistie.

2 mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

Considérant d'une part, qu'il est constant que le Dr X a , de façon systématique, lors des soins d'acupuncture qu'il dispensait, pratiqué des dépassements d'honoraires qui n'étaient pas justifiés et qu'il a, à de nombreuses reprises, appliqué des cotations ne respectant pas la nomenclature générale des actes professionnels malgré les avertissements qui lui avaient été adressés, et, d'autre part, qu'il ressort des pièces du dossier que, dans au moins quatre cas, il a facturé des actes qu'il n'avait pas réellement effectués; que ces faits, qui sont contraires à l'honneur et à la probité, sont excepté du bénéfice de l'amnistie et qu'ils sont au nombre des fraudes, abus et fautes qui justifient la condamnation de leur auteur à l'une des sanctions visées à l'article L.145-2 du Code de la Sécurité Sociale; qu'il sera fait une juste appréciation des responsabilités encourues par le Dr X en lui infligeant la peine de l'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant deux mois (13 juin 1990). (Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins 1991).

"THERAPEUTIQUE DANGEREUSE.

Traitement à visée amaigrissante associant plusieurs substances toxiques appartenant à des groupes différents.

Manquements à l'honneur exclus du bénéfice de l'amnistie.

3 mois d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

Considérant qu'il ressort des enquêtes régulièrement effectuées par les services du contrôle médical portant sur cent quatre prescriptions concernant quatre-vingt-cinq patients au cours du premier semestre de l'année 1987 et qu'il doit être considéré comme établi, sans qu'aient été méconnues les règles de preuves applicables devant les juridictions administratives, que le Dr X a, de façon répétée et quasi systématique, prescrit à des patients désireux d'obtenir un amaigrissement des traitements associant plusieurs substances toxiques appartenant à des groupes différents; que la combinaison de ces diverses substances et leur usage prolongé comportaient des effets nocifs et faisait, sans justification médicale suffisante, courir des risques aux patients ainsi traités; que la circonstance de la loi du 7 juillet 1980 et le décret du 25 février 1982 n'interdisent que le mélange dans une même préparation des substances en cause n'écarte en rien la caractère dangereux de leur association dans un même traitement, surtout lorsque, comme c'était le cas en l'espèce, celui-ci est prescrit pour une longue durée et renouvelé sans surveillance après une durée de prescription supérieure à quatre mois;

Considérant que ces faits, qui constituent une infraction aux dispositions de l'article 18 du Code de Déontologie médicale interdisant aux médecins, dans les thérapeutiques qu'ils prescrivent, de faire courir aux malades un risque injustifié, sont au nombre des abus qui justifient la condamnation de leur auteur à l'une des sanctions visées à l'article L.145-2 du Code de la Sécurité Sociale;

Considérant qu'en raison tant de leur caractère répétitif que des risques ainsi créés, les faits en cause ont le caractère de manquements à l'honneur et sont ainsi exceptés du bénéfice de l'amnistie institué par la loi du 20 juillet 1988;

Considérant qu'en infligeant pour ces faits au Dr X une peine d'interdiction du droit de donner des soins aux assurés sociaux pendant trois mois, la section des assurances sociales du Conseil Régional n'a pas fait une estimation excessive des responsabilités encourues par ce praticien; que sa décision doit donc être confirmée (16 mai 1990) .(Extrait du Bulletin de l'Ordre des Médecins 1991).

b) Les commissions

o- Les Commissions Internes.

Elles sont chargées de l'étude d'un certain nombre de problèmes, conséquence du rôle dévolu au Conseil National. Elles étudient toutes les questions, qu'il est nécessaire au Conseil National de porter à son ordre du jour.

- Etude des appels en matière de qualification.
- Entraide.
- Sécurité Sociale.
- Relations avec les syndicats.
- Presse et relations publiques.
- Questions hospitalières.
- Biologie médicale.
- Permanence des soins.
- Commission européennes.
- Pharmacovigilance.
- Commission permanente des assurances sociales concernant la convention.
- Anesthésiologie.
- Commission des études médicales.

Outre ces commissions permanentes, le Conseil National peut créer des commissions provisoires ayant pour but l'étude d'un problème précis. Par exemple concernant la pharmacovigilance, voici deux extraits du Bulletin de l'Ordre des médecins parus en 1991 :

"GLAFEINE:

Nous avons reçu du ministère de la santé un communiqué nous indiquant notamment qu'en accord avec le laboratoire, il avait été décidé "de suspendre provisoirement, et à titre conservatoire, les médicaments à base de glafénine. (GLIFANAN, ANALGUR, PRIVADOL,...).

Compte tenu des réserves émises sur les rapports présentés au Comité Spécialités Pharmaceutiques, ajoute le Ministère de la Santé, il demande à la commission de pharmacovigilance française de lui remettre, d'ici un mois un rapport sur les risques liés à la prise de ces molécules.

Il prendra sa décision définitive à la lecture de ces différents rapports".

"COMMUNIQUE

La Commission nationale de pharmacovigilance, réunie le 13 septembre 1990, a pris connaissance de l'actualisation de l'enquête officielle portant sur le Ticlid et mise en place afin de surveiller les éventuels effets indésirables et secondaires (hématologie et hémorragique) de ce médicament, qui est un antiagrégant plaquettaire très actif.

La commission a estimé que seul le strict respect des indications thérapeutiques, des contre indications, des mises en garde, des précautions d'emploi inhérentes à l'utilisation de ce médicament, permet de conserver un rapport bénéfice/risque favorable.

Les indications thérapeutiques retenues par la commission d'autorisation de mise sur le marché sont les suivantes:

* prévention des complications thrombotiques artérielles (accidents vasculaires cérébraux, infarctus du myocarde, mort subite de causes vasculaires) après un premier accident ischémique cérébral lié à l'athérosclérose.

*prévention des accidents ischémiques majeurs, en particulier coronariens, chez les patients porteurs d'une artéropathie chronique oblitérante des membres inférieurs au stade de claudication intermittente.

La commission nationale de renforcement de pharmacovigilance a proposé un renforcement de l'information médicale et du public. En outre, les laboratoires MILLOT-SOLLAC-SANOFI se sont engagés à envoyer aux prescripteurs une lettre insistant sur les précautions d'emploi du produit et notamment sur la nécessité d'un respect strict des indications de l'autorisation de mise sur le marché (A.M.M); des mesures particulières d'information des médecins seront également prises afin que les prescriptions se fassent dans le strict respect des indications thérapeutiques retenues.

L'enquête de pharmacovigilance reste ouverte.

o- Les Commissions externes.

En outre , le Conseil National est actuellement représenté dans de nombreuses commissions ministérielles ou autres:

Ainsi au Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale , le Conseil National est représenté dans les commissions suivantes:

- Commission Nationale de l'Equipe Sanitaire
 - Conseil supérieur de l'Hygiène Public de France
 - Conseil permanent d'Hygiène Sociale
 - Commission des stupéfiants
 - Commission des Autorisation de Mise sur le Marché des Médicaments.
 - Commission chargée de donner son avis sur les autorisations de l'exercice en France des professions médicales
 - Commission de contrôle de la Publicité Pharmaceutique
 - Conseil Supérieur de Service Social.
 - Conseil supérieur des hôpitaux.
 - Conseil National de discipline du personnel.
 - Commissions de la Publicité et Propagande relative aux objets, appareils ou méthode médicale des hôpitaux et hospices publics.
 - Commission Nationale Permanente de la Biologie Médicale
 - Comité National de liaison de la formation médicale continue.
 - Commission Nationale de l'Anesthésiologie.
 - Commission Consultative de l'Informatique Médicale.
 - Commission permanente de la Nomenclature.
 - Contrôle médical du Comité Technique d'Action Sanitaire et Sociale dans les mines.
 - Conseil supérieur de la Mutualité Agricole.
 - Conseil d'Administration de la Caisse Mutuelle Parisienne des professions libérales.
 - Conseil Supérieur des Professions Paramédicales (infirmiers, orthophonistes, kinésithérapeutes, pédicures, puéricultrices, psychorééducateurs, audioprothésistes, ergothérapeutes, orthophonistes, manipulateurs radio).
 - Commission de la transparence.
- De la même manière on retrouve l'Ordre au Ministère de l'Agriculture participant

au Conseil Supérieur des Prestations Sociales Agricoles (concernant les membres non salariés des professions agricoles.), à la Commission Disciplinaire Nationale chargée de donner son avis sur les sanctions applicables aux praticiens conseils chargés du contrôle médical du régime agricole de protection sociale, et au conseil supérieur de l'enseignement vétérinaire.

Il est aussi représenté au Ministère de la Justice; dans les commissions d'informatique et liberté, et dans les commissions inter-ministérielles sur la responsabilité médicale, et au Ministère du Travail au Conseil Supérieur de la médecine du Travail et de la Main d'oeuvre.

A noter, en plus, son action dans diverses associations telles que :

-La C.A.R.F où le Conseil National désigne deux membres titulaires plus deux membres suppléants au Conseil d'Administration de cet organisme.

-La croix rouge Française où il exerce la même action au niveau du Conseil d'Administration.

-Le comité Consultatif Economique et Social du District de la région Parisienne

-L'UNAFORMEC qui organise la formation médicale continue.

-La Commission Technique de pharmacovigilance.

-Le Comité de liaison inter-Ordre.(C.L.I.O)

-Le Comité Consultatif pour la formation des médecins dans la C.E.E.

-Le Comité Permanent des médecins de l'Europe.

-La conférence Internationale des Ordres ou organismes d'attributions similaires.

o- Les Commissions de qualification des spécialistes et des compétents.

Ces commissions sont au nombre de deux pour chaque discipline reconnue par l'ordre:

-une Commission Nationale de première instance

-une Commission Nationale d'Appel.

Ces commissions de qualification ne comportent pas de membre du Conseil National et sont INDEPENDANTES de lui. Elles n'interviennent que lorsque le candidat n'est pas en possession du C.E.S (ou de son équivalence.)

En effet, le dossier de demande de qualification est déposé au Conseil Départemental qui le transmet à la Commission de première instance. Si le Conseil Départemental adopte l'avis favorable ou défavorable de la Commission, il prononce ou refuse la qualification. Mais s'il estime ne pas devoir suivre cet avis, il doit transmettre le dossier au Conseil National. Le Conseil National peut se saisir d'office de la décision prise par le Conseil Départemental.

En cas de refus, l'intéressé peut faire appel devant le Conseil National.

L'avis motivé de la Commission Nationale d'Appel est étudié par la Commission spécialisée du Conseil National puis soumis à l'assemblée plénière de celui-ci.

c. L'office d'orientation médicale.

L'office d'orientation médicale assume diverses fonctions:

*Un service de remplacement. Il fonctionne pour toute région et en toute discipline. Chaque remplacement organisé par cet office fait l'objet d'une notification précise des conditions techniques et matérielles aux intéressés et au Conseil Départemental permettant d'éviter malentendus ou litiges.

*Un service d'Orientation. Il met à la disposition des médecins, grâce au fichier informatique de l'Ordre:

o- des renseignements d'ordre démographique susceptibles de les guider dans le choix de leur orientation professionnelle.

-des cartes d'implantation des médecins par département, arrondissement et canton avec indication de la spécialité exercée et du chiffre de population desservie.

-des propositions d'association, création, tenue ou transmission de postes médicaux.

o- des renseignements concernant l'exercice de la médecine.

-problèmes généraux de déontologie.

-formalités et démarches à effectuer lors de l'installation.

-différentes modalités d'exercice.

-modèles de contrats, etc ...

*Un service d'Information, pour les médecins ressortissants des pays de la C.E.E .

*Une remise à jour régulière du Guide d'Exercice Professionnel.

3. L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'ORDRE

Elle fut créée le 28 janvier 1977 par le Conseil National, à la suite des Assises de l'Ordre.

L'assemblée générale consultative est composée par :

-des Conseillers Nationaux;

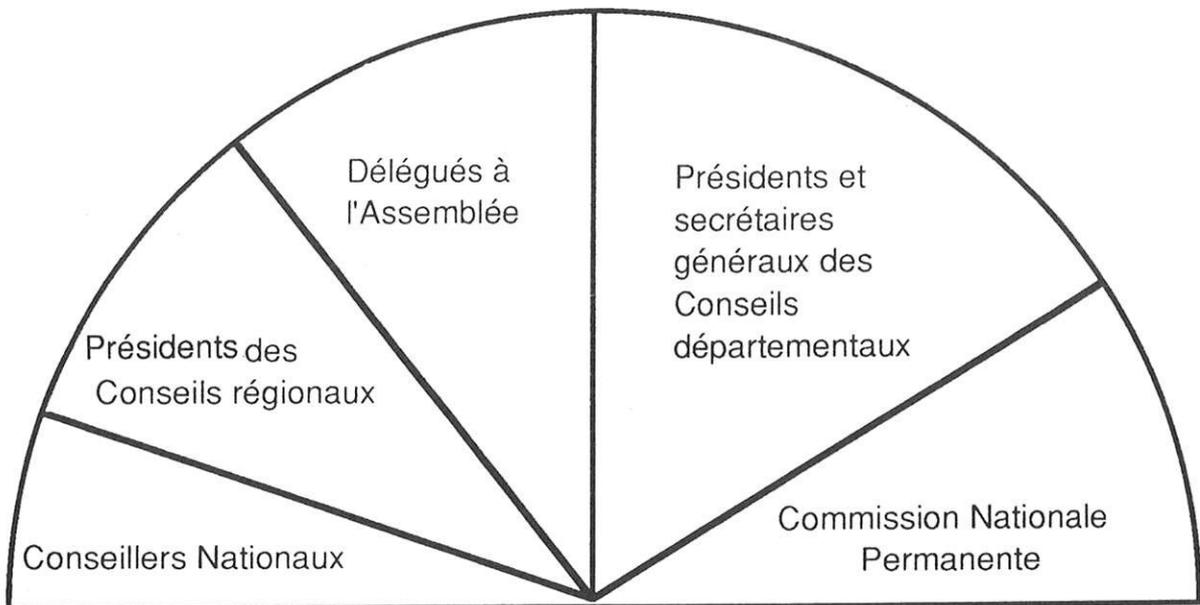
-des Présidents des Conseils Régionaux (ou de leurs représentants)

-des Présidents et Secrétaires Généraux des Conseils Départementaux (ou de leur représentant)

-des Délégués à l'assemblée, désignés par chaque Conseil Départemental concerné, puis parmi ses membres, titulaires ou suppléants, à raison d'un délégué par "tranche" complète de 1000 médecins inscrits au tableau du conseil correspondant au dessus du premier millier d'inscrits au dit tableau.

-des membres de la Commission Nationale Permanente à condition qu'ils n'appartiennent pas à l'Assemblée Générale au titre d'une des catégories mentionnées ci-dessus .

● **ASSEMBLEE GENERALE DE L'ORDRE**



Cette commission nationale Permanente a été elle aussi créée à la suite des Assises. Elle est paritaire et composée de 18 membres.

9 Conseillers Nationaux.

9 Membres élus pour 2 ans par les représentants à l'assemblée des Conseils Départementaux et Régionaux. Ces derniers doivent être titulaires ou suppléants des Conseils Départementaux ou Régionaux, qu'ils appartiennent ou non à l'assemblée en qualité de membre de droit ou de délégué.

Ils devront faire acte de candidature, par lettre recommandée avec avis de réception, au secrétariat du Conseil National, 30 jours au moins (date de l'arrivée au secrétariat) avant la réunion de l'assemblée.

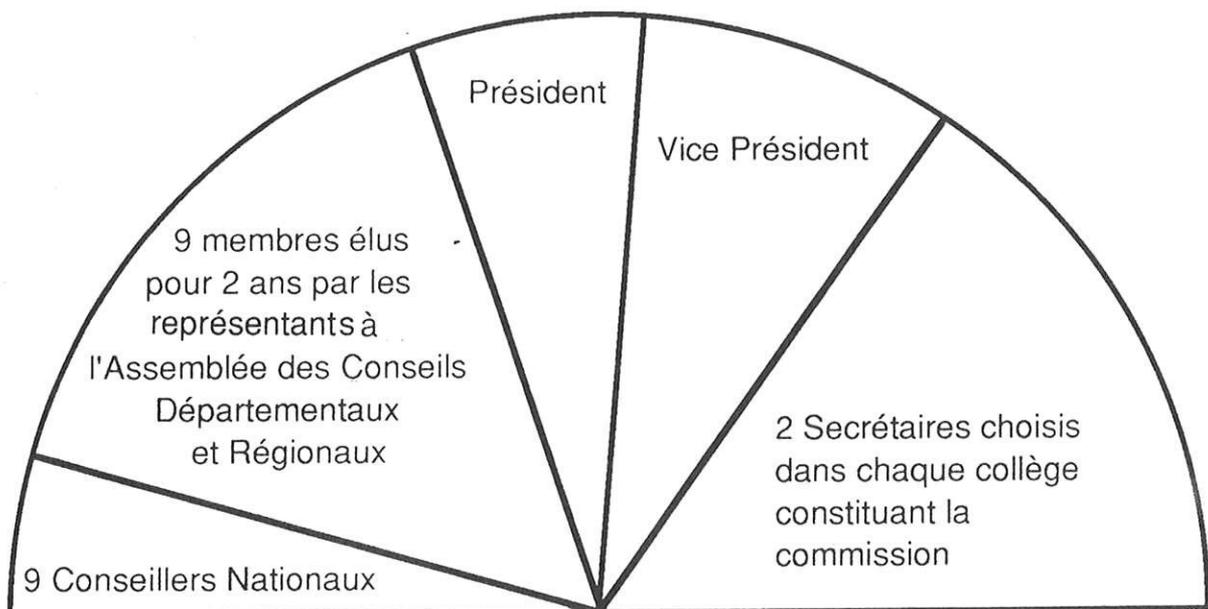
C'est un organe de réflexion et de liaison entre le Conseil National et l'Assemblée Générale. Elle formule des avis et prépare le travail de l'assemblée.

La commission choisit tous les deux ans son président et son vice président, chacun dans des collèges différents. La présidence est assurée en alternance et par période d'un an.

Les travaux de la commission sont dirigés par le président, assisté de deux secrétaires choisis dans chaque collège constituant la Commission.

Cette commission se réunit en principe chaque mois et fixe son ordre du jour.

● **COMMISSION NATIONALE PERMANENTE**



L'assemblée générale est consultative et émet des avis sur toute question de la compétence de l'Ordre des médecins, mise à l'ordre du jour. Elle peut être saisie par le Conseil National ou les Conseils Départementaux, ou Régionaux.

L'assemblée est réunie et consultée à l'initiative et à la diligence du Conseil National et tient au moins une session par an.

Elle peut toutefois être réunie pour des sessions supplémentaires en assemblée générale consultative exceptionnelle à la demande, soit du Conseil National, soit de 20 Conseils Départementaux sur un ordre du jour déterminé.

4. LES REUNIONS GENERALES DES PRESIDENTS ET SECRETAIRES GENERAUX DES DIFFERENTS CONSEILS.

a. Des Conseils Départementaux.

Elle se réunit sur convocation du Président du Conseil National et elle est présidée par lui.

Elle a pour but de faire connaître au Conseil National, et de discuter avec lui, des divers problèmes soulevés par les conseils départementaux et réciproquement

b. Des Conseils Régionaux.

Elle se réunit sur convocation du président du Conseil National qui la préside aussi.

Elle a pour but de faire le point sur la jurisprudence, sur des problèmes juridiques divers, sur les difficultés rencontrées à l'occasion de problèmes disciplinaires.

Elle fait le bilan de l'activité des Conseils Régionaux et de la section disciplinaire du Conseil National ainsi que des arrêts du Conseil d'Etat faisant jurisprudence.

B. LES CONSEILS REGIONAUX

Les Conseils Régionaux sont des juridictions professionnelles de première instance.

Leur composition et leurs attributions sont fixées par le Code de la Santé Publique.

Leur fonctionnement résulte du décret du 26 octobre 1955 modifié en 1956 et en 1977.

Il existe au plus dans chaque région, une juridiction distincte des Conseils Régionaux; la section des Assurances Sociales.

1. REPARTITION DES DIFFERENTS CONSEILS REGIONAUX.

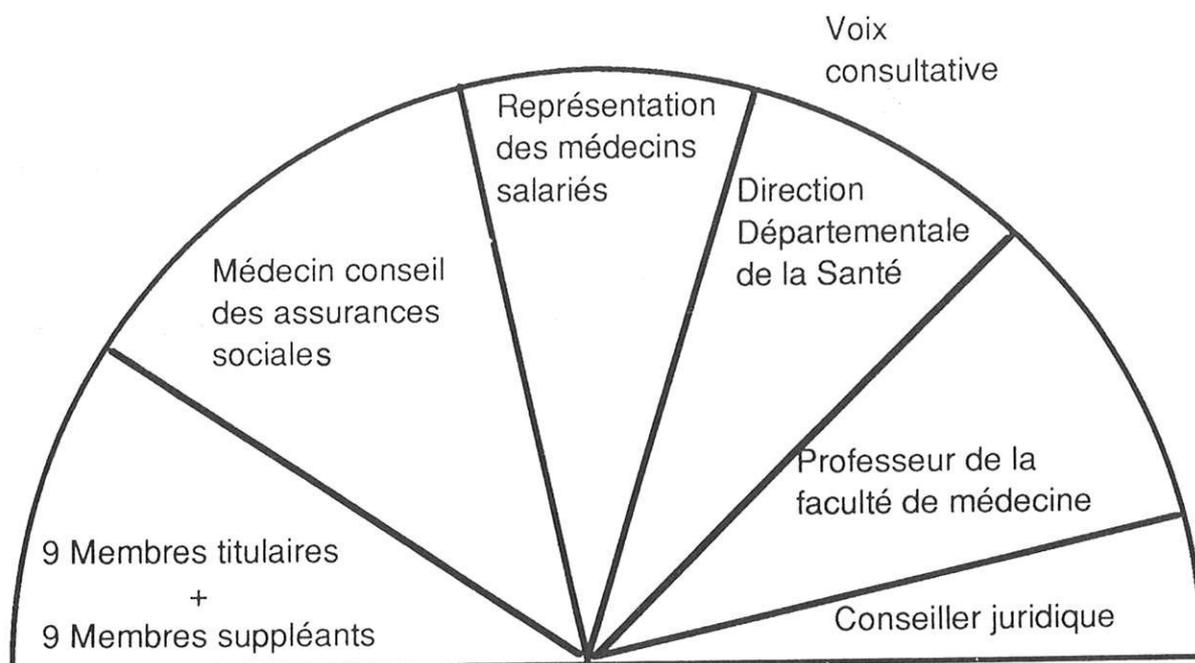
Afin d'aboutir à une harmonisation des circonscriptions régionales administratives et économiques, la répartition des Conseils Régionaux est la suivante: (Selon le décret du 13 février 1973).

Conseil Régional d'Alsace	Départements: Bas Rhin et Haut Rhin
Conseil Régional d'Aquitaine	Départements: Dordogne, Gironde, Landes, Lot et Garonne, Pyrénées Atlantiques.
Conseil Régional d'Auvergne	Départements: Allier, Cantal, Haute Loire, Puy de Dôme.
Conseil Régional de Bourgogne	Départements: Côte d'Or, Nièvre, Saône et Loire, Yonne.
Conseil Régional de Bretagne	Départements: Côte du Nord, Finistère, Ille et Vilaine, Morbihan.
Conseil Régional du Centre	Départements: Cher, Eure et Loir, Indre, Indre et Loire, Loir et Cher, Loiret.
Conseil Régional de Champagne	Départements: Ardennes, Aube, Marne, Haute Marne.
Conseil Régional de Franche-Comté	Départements: Doubs, Jura, Haute Saône, Territoire de Belfort
Conseil Régional du Languedoc	Départements: Aude, Gard, Hérault, Lozère, Pyrénées Orientales.
Conseil Régional du Limousin	Départements: Corrèze, Creuse, Haute-Vienne.
Conseil Régional de Lorraine	Départements: Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle, Vosges.

Conseil Régional de Midi Pyrénées	Départements: Ariège, Aveyron, Haute Garonne, Gers, Lot, Hautes Pyrénées, Tarn, Tarn et Garonne.
Conseil Régional du Nord-	Départements: Nord et Pas de Calais
Conseil Régional de Basse Normandie	Départements: Calvados, Manche, Orne
Conseil Régional de Haute Normandie	Départements: Eure et Seine Maritime.
Conseil Régional des pays de Loire	Départements: Loire Atlantique, Maine et Loire, Mayenne, Sarthe et Vendée.
Conseil Régional de Picardie	Départements: Aisne, Oise et Somme.
Conseil Régional de Poitou-Charente	Départements: Charente, Charente Maritime, Deux Sèvres et Vienne.
Conseil Régional d'Ile de France	Départements: Ville de Paris, Hauts de Seine, Seine Saint Denis, Val de Marne, Essonne, Val d'Oise, Yvelines, Seine et Marne, La réunion.
Conseil Régional de Provence Côte d'Azur Corse	Départements: Hautes Alpes, Alpes de Haute Provence, Alpes Maritimes, Bouche du Rhône, Var, Vaucluse, Haute Corse et Corse du Sud
Conseil Régional de Rhône-Alpes	Départements: Ain, Ardèche, Drôme, Isère, Loire, Rhône, Savoie, Haute-Savoie.
Conseil Régional de Fort de France	Départements: Guadeloupe, Guyane, La Martinique.

2. COMPOSITION ET STRUCTURES DES CONSEILS REGIONAUX.

● CONSEIL REGIONAL EN DEHORS DE LA REGION
RHONE-ALPES ET ILE DE FRANCE



Le Conseil Régional se compose de 9 membres titulaires et de 9 membres suppléants (à l'exception du Conseil de la région Rhône Alpes qui comprend 11 titulaires et 11 suppléants) élus par les Conseils Départementaux.

Pour la région Ile de France, le Conseil Régional comporte 2 chambres, comportant chacune 13 membres titulaires, dont 6 délégués du Conseil Départemental de Paris et 1 délégué de chacun des Conseils Départementaux de la région Parisienne (soit 7) autre que celui de Paris.

De plus ce Conseil Régional comporte 13 membres suppléants formés de la même manière que les 13 membres titulaires.

Sont adjoints au Conseil Régional avec voix Consultative:

-Un conseiller juridique, qui peut être au gré du conseil:

*soit un magistrat honoraire désigné par le premier président de la cour d'appel.

*soit un président honoraire de Conseil de Préfecture .

*soit un conseiller de préfecture honoraire désigné par le président du Conseil de Préfecture inter-départemental.

*soit encore un avocat inscrit au Barreau.

-**Le directeur départemental de la santé** (médecin inspecteur), représentant le Ministre de la Santé Publique et de la Population.

-**Un professeur de la faculté ou à défaut de l'école de médecine** de la région, désigné par le Ministre de l'Education Nationale.

-**Un médecin-conseil régional des assurances sociales**, pour les affaires relevant de l'application des lois sur la sécurité sociale représentant le Ministre du Travail et de la Sécurité Sociale.

-**Un représentant des médecins salariés** depuis 1972, désigné par le président du tribunal administratif, est adjoint à chaque Conseil Régional si ce conseil ne comprend aucun médecin de cette catégorie.

3. FONCTIONNEMENT.

a. Elections

Les membres du Conseil Régional (à l'exception des membres consultatifs) sont élus par les membres titulaires des Conseils Départementaux du ressort de la région, parmi les personnes de nationalité française qui remplissent les conditions fixées par l'article L.387 du Code de Santé Publique.

Cet article stipule que seuls sont éligibles les praticiens de nationalité française qui, agés de trente ans révolus, sont inscrits à l'ordre depuis au moins trois ans.

Chaque Conseil Départemental élit au moins un membre, les sièges restants sont répartis par le Conseil National de l'Ordre compte tenu du nombre de praticiens inscrits au tableau de chaque département.

Les membres du Conseil Régional sont élus pour neuf ans, renouvelables tous les trois ans, par tiers lorsque le Conseil est composé de neuf membres et par fraction de trois ou quatre membres lorsqu'il est composé de onze membres.

Les membres sortants sont rééligibles. Ils élisent leur président.

En ce qui concerne le Conseil Régional de la région parisienne, les membres du Conseil Départemental de la Réunion participent aux élections des délégués du Conseil Départemental de la ville de Paris, ce Conseil Régional étant compétent pour les affaires de la Réunion.

Les membres suppléants sont élus dans les mêmes conditions que les membres titulaires, à raison d'un suppléant par délégué. Ils remplacent en outre, les titulaires empêchés de siéger ainsi que ceux qui sont amenés à cesser leurs fonctions pour quelque cause que ce soit.

Les fonctions de président ou de secrétaire général d'un Conseil Régional sont incompatibles avec les mêmes fonctions dans un Conseil Départemental.

b. Attributions

Le Conseil Régional a deux sortes d'attribution:

o- L'une d'ordre administratif.

Il peut alors être saisi en appel des décisions du Conseil Départemental en matière d'inscription au Tableau de l'Ordre. De plus, en application de l'article L.460 du Code de Santé Publique, il peut suspendre les praticiens dont l'état pathologique rend dangereux l'exercice de la profession.

Il statue également sur recours en annulation des élections des Conseils Départementaux.

o- L'autre d'ordre juridictionnel

Voici quelques exemples d'intervention du Conseil de l'Ordre après avis motivé du Conseil Départemental à qui ces plaintes ont été soumises.

"PLAINTÉ A L'ENCONTRE D'UN MEDECIN POUR FAUTE PROFESSIONNELLE.

Un nourrisson présente un état fébrile. Il est vu par son médecin le matin, qui prescrit un traitement. Dans la nuit l'état de l'enfant semble s'aggraver et le médecin de garde est appelé. Après examen, il conclut que cet enfant n'a pas de signes méningés et le mentionne sur le carnet de santé en précisant aux parents d'amener l'enfant à l'hôpital le matin si la fièvre persiste. Ceux-ci amènent l'enfant à l'hôpital à 8 Heures. Le diagnostic de méningite à haemophilus est porté. Malgré la thérapeutique mise en oeuvre, l'enfant décèdera 48 Heures plus tard.

Une information est donnée au parents sur la particulière difficulté du diagnostic des méningites chez le nourrisson. Mais la plainte est maintenue. Dans cette affaire, le Conseil Régional juge que l'on ne peut retenir aucun manquement déontologique ni aucune négligence à ce médecin et prononce la relaxe.

"PLAINTÉ A L'ENCONTRE D'UN MEDECIN POUR NON ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER.

Une personne présente à un doigt une plaie par morsure de chien. Il se rend donc au cabinet médical le plus proche ou le médecin, en rupture de matériel va se réapprovisionner à la pharmacie. A son retour le blessé qui n'a pas voulu attendre est parti. Il s'agit en fait d'une personne coutumière du fait. Une plainte a été déposée au Conseil Régional qui n'a pas retenu de sanction.

"PLAINTE D'UN PERE A L'ENCONTRE D'UN MEDECIN QUI PRESCRIVAIT DE FACON REGULIERE A SON FILS MAJEUR DES MEDICAMENTS DE TYPE: ORDINATOR, TEMGESIC, NEOCODION ET ROHYPNOL.

Une enquête est ouverte pour apporter éventuellement la preuve de telles prescriptions qui bien que non soumises à réglementation sont discutables et peuvent représenter une infraction au Code de Déontologie.

"PLAINTE A L'ENCONTRE D'UN MEDECIN QUI A REDIGE UN CERTIFICAT DE NON SEJOUR CHEZ SON PERE DANS UNE SITUATION DE DIVORCE PARENTAL ET POUR UNE DUREE INDETERMINEE.

La plainte a été transmise au Conseil Régional avec l'avis suivant: Le terme "durée indéterminée n'a aucun caractère définitif. Il s'agissait d'une mesure provisoire dans l'attente de la décision du juge des enfants après un supplément d'enquête demandé par la mère et surtout après un entretien avec l'enfant âgé de 12 ans.

Le Conseil Régional a jugé qu'il n'y avait aucun manquement déontologique à reprocher à ce médecin.

c. Saisine.

Elle se déroule de la manière suivante dans certaines occasions bien précises:

o- L'inscription au tableau

Le Conseil Régional peut être saisi par le médecin qui a demandé son inscription ou par le Conseil National.

o- Par application de l'article L.460 du Code de la Santé Publique concernant l'infirmité ou l'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession.

La saisine peut alors émaner du Conseil Départemental, du Conseil National, du Préfet ou du directeur départemental de l'action sanitaire et sociale.

o- Lors des élections

Il peut être saisi par le préfet et par tout médecin ayant droit de vote.

o- Pour des questions de discipline générale.

Le Conseil Régional peut être saisi par le Conseil National, par les Conseils Départementaux ou les Syndicats médicaux de son ressort, ou par le Ministre de la Santé, le Préfet, le Procureur de la République ou un médecin inscrit au tableau de l'ordre. (selon l'article L.417 du Code de Santé Publique et l'article L.404 du Code de la Sécurité Sociale.)

d. Sanctions disciplinaires

Le Conseil Régional peut infliger les peines suivantes qui sont par ordre de gravité croissant:

-L'avertissement

-Le blâme

-L'interdiction temporaire ou permanente d'exercer certaines fonctions

officielles

-L'interdiction temporaire d'exercer la médecine pour une période de trois ans

maximum

-La radiation du tableau de l'ordre.

Le praticien frappé d'une sanction disciplinaire est tenu au paiement des frais résultant de l'action engagée devant la juridiction professionnelle.

e. Appel.

L'appel de toutes les décisions du Conseil Régional peut être fait devant la section disciplinaire du Conseil National.

L'appel doit alors être formulé dans les trente jours suivants la notification de la décision, sauf en matière de l'article L.460 du Code de la Santé Publique où le délai est de dix jours.

Cet appel doit être adressé au secrétariat de la section disciplinaire du Conseil National par lettre recommandée avec avis de réception, ou déposée au secrétariat. Il a un effet suspensif, sauf en matière d'inscription et d'application de l'article L.460 du Code de la Santé Publique.

4. LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL REGIONAL.

Cette juridiction est distincte des Conseils Régionaux. Sa composition est différente ainsi que les personnes habilitées à la saisir.

Elle a été créée par la loi du 21 décembre 1963 qui a modifié les articles L.403 et L.408 du Code de la Sécurité Sociale. La procédure est la même que devant les Conseils Régionaux, sauf dispositions spéciales prévues par le décret du 7 janvier 1966.

Le secrétariat est tenu par celui du Conseil Régional de l'Ordre des médecins.

a. Composition.

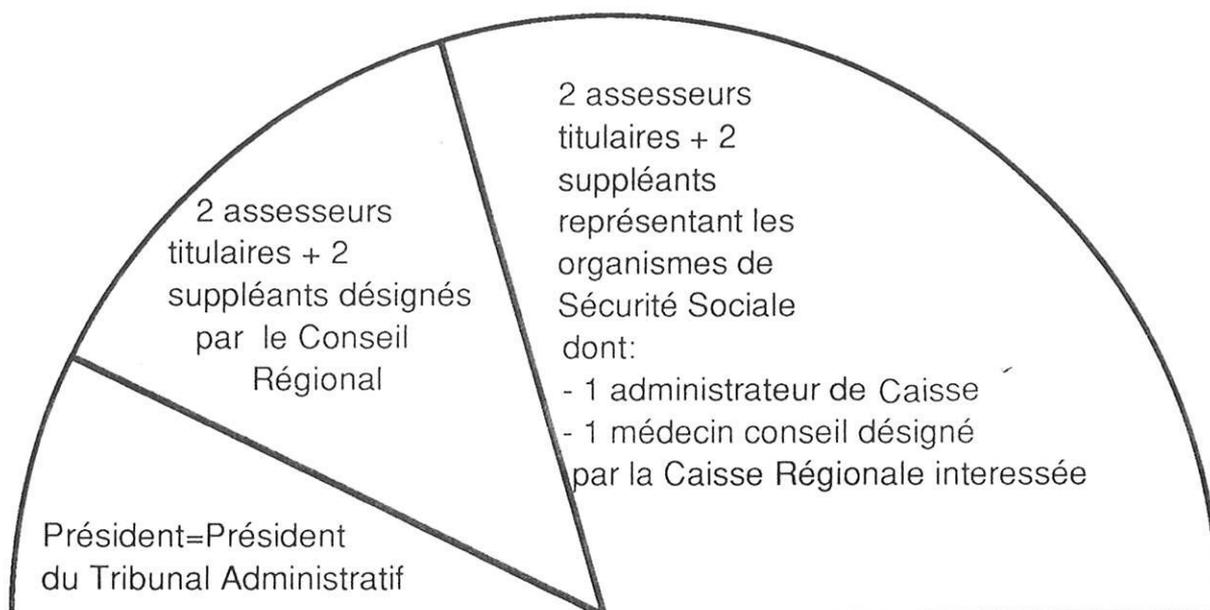
Cette section comprend:

-en qualité de président; le président du tribunal administratif dans le ressort duquel se trouve le siège du Conseil Régional ou un Conseiller délégué par lui.

-Deux assesseurs titulaires et deux assesseurs suppléants désignés par le Conseil Régional et choisis en son sein.

-Deux assesseurs titulaires et deux assesseurs suppléants représentant les organismes de Sécurité Sociale; l'un administrateur de caisse (C.P.A.M), l'autre médecin-conseil. Ces deux assesseurs sont désignés par la caisse régionale intéressée après consultation du médecin-Conseil Régional (en ce qui concerne le médecin-conseil).

● **COMPOSITION DE LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL REGIONAL.**



b. Attributions et saisine de cette section.

La section des assurances sociales connaît les "fautes, abus, fraudes et tout fait intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins... à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux"

Cette section des assurances sociales est saisie soit par les services ou organismes de Sécurité Sociale, soit par les syndicats de praticiens, soit par les Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins.

c. Sanctions et appels

Selon l'article L.406 du Code de la Sécurité Sociale "Les sanctions susceptibles d'être prononcées par le Conseil Régional ou par la section spéciale des assurances sociales du Conseil National sont:

- L'avertissement
- Le blâme avec ou sans publication
- l'interdiction temporaire ou permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

Dans le cas d'abus d'honoraires, le Conseil Régional et la section spéciale peuvent également prononcer le remboursement à l'assuré du trop perçu, même s'il ne prononce aucune des sanctions prévues ci-dessus."

Si un blâme avec publication , ou une interdiction temporaire ou permanente est prononcée, la décision doit faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de Sécurité Sociale.

L'appel des décisions de la section des Assurances Sociales du Conseil Régional peut être fait devant la section des Assurances Sociales du Conseil National de l'Ordre des médecins dans les trente jours suivants la notification.

Il doit être fait dans les mêmes formes que devant la section disciplinaire.

L'appel a un effet suspensif

C. LES CONSEILS DEPARTEMENTAUX

1. COMPOSITION

Les Conseils Départementaux comprennent 9 membres titulaires, si le nombre de médecins inscrits au département est inférieur à 100; 12, 15, 18 ou 21 membres si le nombre est respectivement supérieur à 100 , 500, 1000, ou 2000. Le Conseil Départemental de la ville de Paris comprend 24 membres.

Ces membres sont élus pour 6 ans au suffrage universel par l'ensemble des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre du département.

L'assemblée générale appelée à élire les Conseils Départementaux ou à procéder au remplacement des membres des dits conseils dont le mandat vient à expiration, est convoquée par les soins des présidents des Conseils Départementaux de l'Ordre en exercice (ou par le Conseil National, s'il existe un empêchement.).

Une convocation individuelle est adressée à cet effet à tous les praticiens du département exerçant à poste fixe et inscrits au Tableau de l'Ordre, au moins 2 mois avant la date fixée pour les élections.

L'élection est faite à la majorité des membres présents ou ayant votés par correspondance.

Seuls sont éligibles les médecins possédant la nationalité française, âgés de 30 ans révolus et inscrits au Tableau de l'Ordre depuis au moins 3 ans, sous réserve qu'ils n'aient pas encourus de condamnation.

Le conseil est renouvelable par tiers tous les 2 ans (Article L.388 du Code de la Santé Publique.)

Des membres suppléants sont élus et renouvelables dans les mêmes conditions et en même nombre que les titulaires.

Les conseillers sortants sont rééligibles.

Tous les 2 ans à l'issue du renouvellement par tiers, le Conseil Départemental élit son bureau composé du Président, d'un ou plusieurs Vice Présidents, d'un Secrétaire Général (qui peut être assisté d'un ou plusieurs Secrétaires Généraux adjoints), d'un Trésorier et éventuellement d'un Trésorier adjoint.

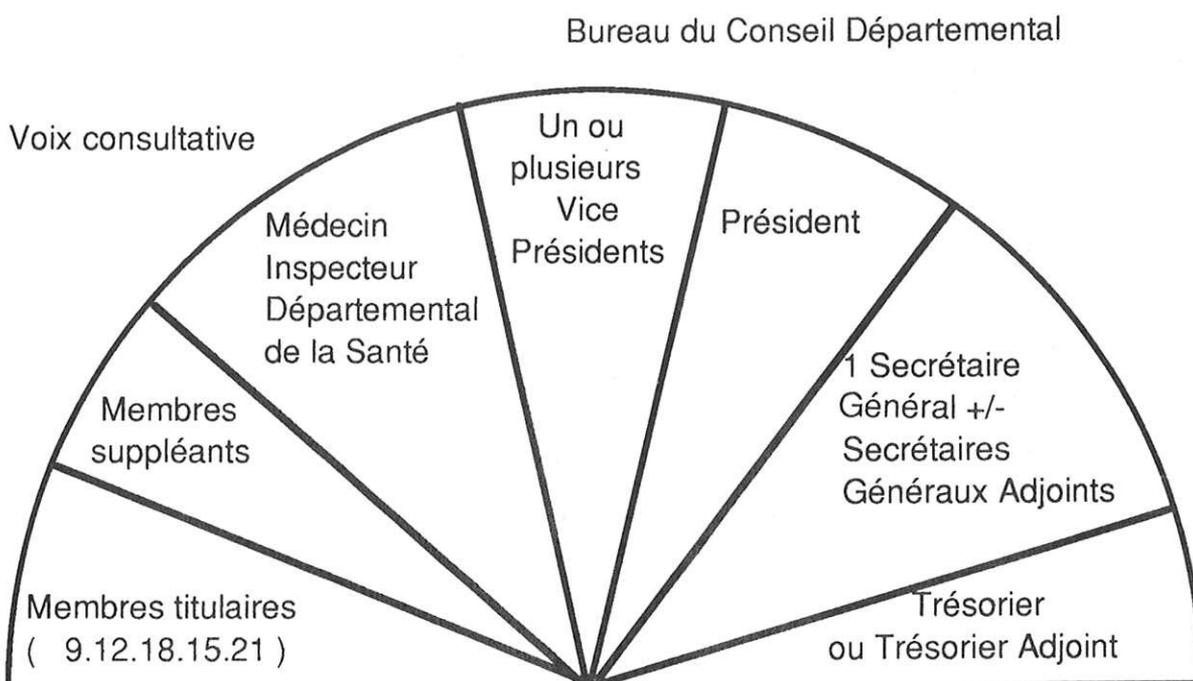
Les fonctions de Président ou de Trésorier d'un Conseil de l'Ordre (Départemental, Régional, National) sont incompatibles avec les fonctions correspondantes d'un syndicat professionnel (article L.457-1 Loi n° 72660 du 13 juillet 1972).

Le Conseil Départemental se réunit sur convocation de son président au moins 10 fois par an.

Le médecin inspecteur départemental de la Santé assiste aux séances avec voix consultative.

Les délibérations du Conseil Départemental ne sont pas publiques.

● COMPOSITION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL DE L'ORDRE



2. ATTRIBUTIONS ET MISSIONS

Le Conseil Départemental exerce, dans le cadre départemental et sous le contrôle du Conseil National, les attributions générales de l'Ordre définies à l'article L.382 du Code de la Santé Publique.

Il assure le respect des lois et des réglementations qui régissent l'Ordre et l'exercice de la profession. De ce fait il reçoit les plaintes des patients mécontents dont voici quelques exemples.

Une femme se plaint que son mari hospitalisé pour une fracture de jambe n'a pas vu de médecin pendant 3 jours et qu'ensuite c'est un autre chirurgien qui a dû le prendre

en charge devant l'aggravation de son état. Elle ne désire pas porter plainte mais souhaite que ce médecin soit informé de sa démarche. Il a donc été rappelé à ce médecin l'article 39 du Code de Déontologie qui stipule en toute circonstance que la continuité des soins doit être assurée.

Une femme fait une demande d'explication sur le décès de son mari. Celui-ci atteint d'une silicose grave présente une décompensation respiratoire importante à la suite d'une surinfection bronchique. Il décède brutalement 48 Heures plus tard vraisemblablement d'une embolie pulmonaire. Il semble que cette femme n'est pas été tenue au courant de la gravité de la pathologie présentée par son mari. Toutes les explications ont été données et aucune plainte n'a été déposée.

Une femme de 30 ans présente une entorse de la cheville. Après 45 jours de traitement plinothérapique les troubles persistent et cette femme porte plainte au Conseil Départemental pour faute professionnelle. Malgré les explications données, elle a maintenu sa plainte qui n'a pas été jugé valable par le Conseil Régional.

En fait la plupart des plaintes sont dûes à un défaut de communications et d'explications médecin-malade, à la non prise en compte des difficultés de la pratique médicale et à l'aspect revendicatif de certaines personnes devant l'insuffisance de résultats thérapeutiques. De plus, les médecins ont une connaissance insuffisante des répercussions judiciaires de leur activité, notamment des certificats médicaux.

Il gère les biens de l'Ordre

Il accepte tous les dons et legs.

De plus le Conseil Départemental de l'Ordre a pour mission essentielle l'établissement et la tenue du Tableau. A cet effet, il prononce ou refuse une inscription à celui-ci, comme en témoigne l'exemple suivant.

Le Conseil Départemental a refusé l'inscription d'un médecin qui avait été condamné pour conduite sous l'emprise d'un état alcoolique, à 15 jours d'emprisonnement avec sursis, 2500 Frs d'amende et trois mois de suspension de permis. Ce médecin était connu des services judiciaires pour exhibitionnisme. Après appel, et expertise psychiatrique le Conseil Régional a conclu que ce médecin était apte à l'exercice de la profession médicale.

Ce tableau est ensuite déposé à la préfecture et au parquet du tribunal où il sera publié conformément à l'article L.362 dans le courant du mois de janvier de chaque année.

En effet, les préfets établissent chaque année dans les départements des listes distinctes de médecins portant les noms, prénoms, résidence professionnelle, date et provenance des diplômes et date d'inscription au Tableau de l'Ordre des médecins.

Ces listes sont ensuite insérées au recueil des textes administratifs de la préfecture et affichées au mois de janvier dans toutes les communes du département.

Des copies certifiées conformes seront par la suite transmises au Ministère de la Santé Publique, au Conseil National de l'Ordre et Conseil Régional intéressé.

il faut rappeler qu'un médecin ne peut être inscrit que sur un seul Tableau qui est celui du département où se trouve sa résidence professionnelle. Sauf dérogation prévue par le Code de Déontologie. Ainsi, en cas de transfert de la résidence professionnelle hors du département où il est inscrit, l'intéressé doit demander son inscription au Tableau de l'Ordre de sa nouvelle résidence, au moment du transfert.

Lorsque cette demande a été présentée, le médecin peut provisoirement exercer dans le département de sa nouvelle résidence jusqu'à ce que le Conseil Départemental ait statué sur ladite demande par une décision explicite.

De ce fait, l'inscription après changement de résidence doit être regardée comme une inscription nouvelle. L'appel contre cette décision se fait dans un délai de 3 mois au niveau du Conseil Régional.

En matière administrative, il statue en outre dans les cas suivants en application du Code de Déontologie.

a. Autorisation ou interdiction d'installation.

-à la suite d'un remplacement.

L'article 14 du Code de Déontologie indique qu'un médecin qui a remplacé un de ses confrères pendant une période supérieure à 3 mois ne doit pas s'installer dans un délai de 2 ans dans un cabinet où il puisse entrer en concurrence directe avec le médecin qu'il a remplacé ou les associés de ce dernier, à moins qu'il n'y ait un accord notifié devant le Conseil Départemental entre les intéressés. En fait pour garder sa liberté d'installation, il suffit donc de ne pas remplacer le même médecin plus de 3 mois.

-dans l'immeuble habité par un confrère.(article 69)

-en cabinet secondaire(article 63)

b. Contrôle du libellé des plaques ou ordonnances (articles 67 et 68)

A ce sujet, il faut rappeler que selon le Code de Déontologie, les seules indications qu'un médecin est autorisé à mentionner sur ses feuilles d'ordonnance ou dans un annuaire professionnel sont:

-Ses nom-prénoms, adresse, N° de téléphone, heures de consultations.

-Si le médecin exerce en association, les noms des médecins associés.

-Sa situation vis à vis des organismes d'assurance maladie.

-La qualification qui lui a été reconnue dans les conditions déterminées par l'Ordre National des médecins avec l'approbation du Ministère de la Santé.

-ses titres et ses fonctions lorsqu'ils ont été reconnus par le Conseil National de l'Ordre et ses distinctions honorifiques reconnues par la République Française.

D'autre part, les seules indications autorisées à figurer à la porte d'un cabinet médical sont, le nom, prénoms, situation vis à vis des organismes d'assurance maladie, titres et qualifications reconnues conformément à l'article précédent, les jours et heures de consultation.

Ces indications doivent être présentées avec discrétion conformément aux usages de la profession.

Lorsque le médecin n'est pas titulaire du diplôme Français d'Etat de Docteur en médecine, il est tenu dans tous les cas de faire figurer le lieu et l'établissement universitaire où il a obtenu son diplôme.

c. Reconnaissance ou refus de qualification en première instance. (article 12 du Code de Déontologie et règlement approuvé par l'arrêté du 4.9.1970)

d. examen des contrats

Cette mission est signalée par les articles L.462, L.463 du Code de la Santé Publique et les articles 41, 72, 73, 75, 76, 77 et 78 du Code de Déontologie.

En effet, 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. De même, s'ils sont propriétaires de leur matériel et du local où ils exercent leur profession, ils doivent fournir les contrats et avenants leur assurant l'usage de ce matériel et de ce local. Ceci est généralement valable lors d'une transmission de propriété, de matériel ou de local.

Le délai est d'un mois suivant la conclusion du contrat ou de l'avenant pour permettre l'application des articles L.366 et L.382 du Code de la Santé Publique.

Tous les contrats et avenants doivent être passés par écrit.

Le défaut de communication des contrats ou avenants, ou le défaut de la rédaction d'un écrit, constitue une faute disciplinaire susceptible d'entraîner une des sanctions prévues à l'article L.423 ou de motiver un refus d'inscription au Tableau de l'Ordre.

Toute personne physique ou morale passant un contrat avec un médecin doit le faire par écrit. Le refus de la rédaction d'un écrit, du fait du contractant non praticien est puni d'une amende de 3.000F à 40.000F.

Le Conseil de l'Ordre devra faire connaître ses observations dans un délai d'un mois.

Ceci peut présenter divers avantages, notamment sur le bien fondé d'une affaire ou d'une clientèle, le Conseil de l'Ordre étant mieux que personne au courant des affaires "louches" ou des problèmes qui peuvent exister.

Ce rôle d'examen des contrats est en outre particulièrement important compte tenu de l'extension de la médecine de groupe et de l'apparition de nouvelles formes d'exercice.

C'est ainsi que doivent lui être notamment soumis:

- Les contrats d'exercice en commun
- Les statuts de société
- Les contrats avec une administration publique ou une collectivité administrative
- Les contrats de médecin du travail
- Les contrats avec des cliniques
- Les contrats de remplacement ou de cession etc...

e. La délivrance des licences de remplacement.

Toutes les décisions des Conseils Départementaux doivent être motivées. Elles peuvent être réformées ou annulées par le Conseil National, soit d'office, soit à la demande des intéressés présentée dans les 2 mois suivant la notification de la décision.

Les décisions d'ordre administratif sont susceptibles de recours en Conseil d'Etat.

En matière disciplinaire, le Conseil Départemental n'a pas de pouvoir de décision mais il est habilité à saisir la juridiction ordinaire soit de sa propre initiative, soit à la suite d'une plainte qu'il doit transmettre avec avis motivé au Conseil Régional. (Articles L.395 et L.417 du Code de la Santé Publique et article L.404 du Code de la Sécurité Sociale.)

Une affaire a attiré l'attention du Conseil de l'Ordre et du Gouvernement dans les années 60. En voici un rapide exposé effectué par Monsieur le Professeur BOUQUIER.

"Le décès accidentel du Docteur R est venu clore une affaire de charlatanisme qui n'a malheureusement pas pu être jugée. Il est toujours triste de voir mourir un homme dans ces circonstances mais il est également regrettable qu'un procès aussi important n'ait pu avoir lieu.

Loin de querelles de personnes, il s'agissait de juger la méthode de thérapie cellulaire imaginée par NIEHANS en 1930.

Replaçons nous dans l'époque: on vient d'extraire l'hormone de certaines glandes dont l'insuline en particulier. NIEHANS imagine que les cellules de foetus contiennent un élan vital de rajeunissement; ce terme reste et restera magique pour tous les hommes, c'est ce qui fait sa fortune.

On pense également que le placenta est une barrière totale et toute pathologie est mise sur le compte de l'hérédité voire sur hérédo-syphilis. Ce n'est qu'en 1941 que le passage transplacentaire du virus de la rubéole est prouvé avec le développement que l'on sait.

Mais ce n'est qu'après 1950 que les progrès médicaux, vont peu à peu bouleverser la médecine, la virologie et l'immunologie en particulier.

Un confrère du département reprend cette pratique d'injection de tissus foetaux dans les années 1960. Il est condamné par le Conseil de l'Ordre sur plainte du Ministère de la Santé, l'Académie de Médecine ayant pressenti le danger que représente l'injection de tissu vivant animal à l'homme. Danger qui a été totalement prouvé dans les années qui vont suivre.

Outre le risque que représente l'injection de matières protéiques étrangères à un individu, on sait maintenant que les tissus animaux et celui des ovins en particulier, contiennent trois types d'agents infectieux:

- des virus oncogènes et deux observations de leucémies ont été publiés dans l'année qui a suivi les injections de tissus de foetus d'ovins. Nous avons tous le grand risque de développer un cancer, il est inutile d'en augmenter la probabilité.

- des rétrovirus, cousins germains du virus du SIDA; quant on voit le drame épouvantable des hémophiles, quand on pense qu'une des origines du SIDA serait peut-être l'injection du sang de singes verts (porteurs sains du rétrovirus) réalisée vers 1975 par les sorciers d'Afrique à l'homme, pour augmenter ses prouesses sexuelles (Histoire du SIDA, Pr GMERK), on est stupéfait qu'un médecin ait pu reprendre en 1987 cette pratique démentielle.

- des agents infectieux non conventionnels ou prions, indétectables et qui sont à l'origine des encéphalopathies spongiformes qui sont de mieux en mieux connues actuellement chez l'homme et l'animal et dont les lésions cérébrales sont les mêmes.: Kuru des antropophages des Iles de la Sonde, encéphalite de Creutzfeldt Jakob, déclenchée hélas récemment par certaines des anciennes hormones de croissance d'origine humaine: Dix cas chez l'enfant sont actuellement publiés en France.

Ces prions réalisent une maladie bien connue des vétérinaires, la tremblante du mouton; on sait qu'elle est transmissible à beaucoup d'animaux et en particulier à la vache, dès 1981 par une alimentation à base de carcasses d'ovins, pourtant chauffées à plus de 200 degrés: c'est la maladie des vaches folles apparue en Angleterre en 1986.

Ces prions peuvent bien entendu traverser le placenta.

Cette soit disant thérapie cellulaire est donc extrêmement dangereuse pour l'homme.

Le Ministère de la Santé vient d'ailleurs de retirer de la pharmacopée tous les médicaments contenant des extraits d'animaux. Elle a été condamnée par l'OMS après réunion d'experts internationaux, mais elle continue de se pratiquer en Suisse.

Il était donc du devoir du Conseil de l'Ordre de la Haute-Vienne de mettre fin à cette pratique délirante.

Le jugement de ce procès si important aurait abouti à l'arrêt en France de cette pratique dangereuse pour les malades et la Santé Publique.

On ne peut donc qu'être absolument stupéfait qu'un médecin du département ait soutenu en 1989, l'activité du Docteur RABABY auprès des Magistrats dans ce procès hélas avorté.

Ce médecin ayant des "problèmes médicaux non améliorés par les moyens thérapeutiques habituels " a demandé par " conviction sur l'efficacité de ce traitement et par curiosité scientifique"! (sic), une cure de 12 injections d'implants de foetus de mouton en 1987. L'effet bénéfique de ces injections persistait 2 ans après !!.

Ce confrère "s'étonne des accusations portées avec un a priori contraires à l'esprit cartésien, contre une méthode dont l'expérimentation clinique n'a jamais été entreprise" !!.

On reste coi devant ces termes. C'est le surréalisme pseudomédical des charlatants. Quant à l'expérimentation clinique, elle a été réalisée involontairement par les Anglais !

Mais il s'agit là du témoignage d'un médecin et on peut donc s'interroger sur ses motivations:

-L'amitié? mais le propre de l'amitié n'est-il pas d'ouvrir les yeux à un ami qui s'égare ?

-Le compéragé dans cette pratique lucrative et hors nomenclature? Ceci est totalement exclu. On voit mal un médecin enfreindre l'article 26 du Code de Déontologie qui stipule: "tout compéragé entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes est interdit".

- Une forme précoce de maladie des vaches folles? Son incubation est en générale plus longue, mais en médecine, on ne sait jamais!.

-Une conversion aux médecines parallèles chez un médecin dont le raisonnement cartésien semble lui tenir à coeur ?!

-Une incompétence dans ce domaine? Ce serait bien excusable car nous sommes tous plus ou moins incompétents dans de nombreux domaines; mais les mises au points sur le virus du SIDA ont été nombreuses dans toutes les revues depuis 1986 et la Formation Médicale Continue est un devoir, surtout lorsque l'on soutient devant la Justice cette pratique digne des sorciers d'Afrique.

- Une farce? car de toute façon, cette pratique en est une dans les deux sens du terme, sauf pour les malades. Il vaut mieux la réserver aux choux limousins, cette remarquable spécialité de notre région.

Raison obscure mais intervention réelle qui a jeté le doute dans l'esprit des Magistrats. Ceci nous a amené à demander le soutien du Professeur Jean BERNARD qui a été confronté à ce problème.

Soutien total également du Professeur MONTAGNE qui a été stupéfait qu'on ait pu, après 1985, prendre le risque de contaminer ainsi des malades et de nuire à la Santé Publique.

Ceci n'est, bien entendu, qu'un cauchemar et toute ressemblance avec un médecin du département ne pourrait qu'être fortuite".

Il veille à l'exécution des peines prononcées par la juridiction disciplinaire et des décisions, règlements et instructions établis par le Conseil National.

En outre, sur demande des intéressés, il a un pouvoir de conciliation à l'occasion des litiges nés entre malade et médecin, entre médecins, ou entre médecin et administration.

Ce rôle est primordial car grâce à l'action du Conseil Départemental, de nombreux dossiers, qui auraient inmanquablement abouti devant la juridiction ordinaire ou devant les tribunaux, peuvent être ainsi réglés à l'amiable.

Les Conseillers Départementaux connaissent bien les conditions d'exercice dans leur département et sont certainement les mieux informés pour assurer les fonctions de conciliation.

D'autre part, chaque Conseil Départemental dispose d'un fond d'entraide et peut ainsi venir en aide immédiatement aux familles médicales éprouvées.

Le Conseil Départemental a aussi à jouer un rôle de conseiller vis à vis de tous les médecins et particulièrement des jeunes confrères en cours d'installation: Tous ceux qui ont exercé des fonctions de Président ou de Secrétaire Général connaissent par expérience ce rôle capital qui dépasse parfois très largement le pur exercice professionnel.

Chaque Conseil Départemental peut créer toutes les commissions d'étude qu'il juge nécessaire, et peut soumettre au Conseil National toute question lui paraissant d'intérêt national et les étudier avec lui.

Au plan local, le Conseil Départemental a un rôle de représentativité auprès des Pouvoirs Publics, en particulier auprès de l'administration préfectorale et auprès des magistrats avec lesquels les contacts sont fréquents.

Il n'est évidemment pas possible d'énumérer toutes les tâches incombant aux conseillers départementaux et particulièrement aux Présidents et Secrétaires Généraux de ces conseils, mais il est certain que ceux-ci ont un rôle très important non seulement sur le plan administratif mais aussi sur le plan psychologique.

L'Ordre des médecins français veille donc au maintien des principes de moralité, probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels ainsi que des règles édictées par le Code de Déontologie à l'article L.366 du présent titre.

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Il peut organiser toutes les oeuvres d'entraide et de retraite au bénéfice de ses membres et de leurs ayants droit.

Il accomplit sa mission par l'intermédiaire des Conseils Départementaux, des Conseils Régionaux et du Conseil National de l'ordre.

CHAPITRE III

L'ORDRE DES MEDECINS FRANCAIS ET CEE

A. DESCRIPTION DES DIFFERENTS ORDRES ET ORGANISMES D'ATTRIBUTIONS SIMILAIRES EUROPEENS.

Dans la plupart des pays de la communauté européenne, il existe un Ordre des Médecins ou un organisme d'attributions similaires.

L'existence d'un Ordre est justifié par le caractère particulier de l'exercice médical qui exige à la fois connaissances, compétences et valeurs morales.

Il doit vérifier la réalité de la formation acquise au cours des longues études sanctionnées par le doctorat en Médecine, et les titres de spécialistes délivrés par l'Université.

Il poursuit une réflexion permanente pour définir une déontologie professionnelle et une éthique médicale qui doivent être adaptées voire complétées en raison de l'évolution de la pratique quotidienne, des techniques de diagnostic et de soin...

Il assure la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession médicale.

Interlocuteur ou conseillers des pouvoirs publics, il n'est pas pour autant "une courroie de transmission du pouvoir" à l'égard de la profession: son rôle est consultatif (revue du praticien M. Milin secrétaire général du Conseil National de l'Ordre Français).

Il a, en outre, une fonction disciplinaire; le législateur ayant souhaité que les médecins puissent être jugés et éventuellement sanctionnés par leurs pairs car ils sont mieux que quiconque au courant des problèmes posés par l'exercice quotidien des médecins et par le malade.

Toutes ces motivations ont donc justifié l'existence d'un Ordre des Médecins en France, en Belgique, en Espagne, en Italie, et au Portugal.

Dans les autres pays de la communauté européenne, même si le titre d'Ordre n'a pas été retenu par certains organismes professionnels médicaux, il faut cependant constater qu'ils sont chargés de fonctions similaires.

1. L'ORDRE DES MEDECINS EN BELGIQUE

En Belgique, l'Ordre des Médecins a été créée en 1938 par la loi du 25 juillet et il possède la personnalité juridique. Il est composé de Conseils Provinciaux, de Conseils d'Appel et d'un Conseil National de l'Ordre. Il jouit de la personnalité civile de droit public.

Il comprend tous les Docteurs en médecine, chirurgie et obstétrique domiciliés en Belgique et inscrits au tableau de l'Ordre de la province dans laquelle est situé leur domicile, c'est à dire où ils exercent leur activité principale. Pour pouvoir exercer l'art médical, tout médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre. Seuls les médecins militaires ne sont pas soumis à cette obligation s'ils n'exercent pas en dehors de leur emploi militaire.

D'autre part, nul ne peut être inscrit à plus d'un tableau provincial, tous les tableaux provinciaux constituant ensemble le Tableau de l'Ordre Belge.

L'Ordre agit par l'intermédiaire du Conseil National. Il est représenté par le Président de Conseil National ou par un Président suppléant associé à un Vice-Président.

Il est stipulé dans la Convention Belge que "l'Ordre ne peut pas posséder en propriété ou autrement des immeubles, toute disposition entre vifs et testamentaires au profit de l'Ordre devant être autorisée par le Roi".

A noter que, pour permettre à l'Ordre de remplir sa mission, une cotisation annuelle peut être réclamée aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre.

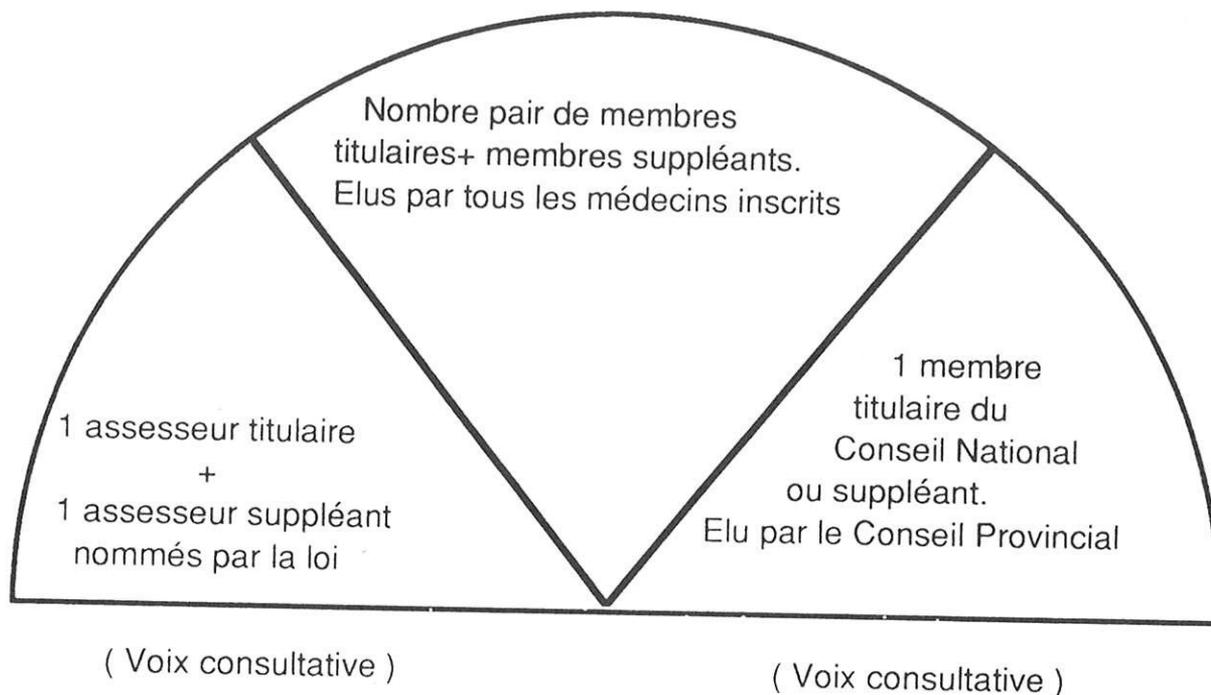
a. Les Conseils Provinciaux

Dans chaque province est établi un Conseil Provincial de l'Ordre des Médecins qui régit les médecins inscrits au tableau de l'Ordre de cette province.

Le Roi règle l'organisation et le fonctionnement des Conseils Provinciaux et en fixe le siège. Toutefois chaque Conseil Provincial établit son propre règlement intérieur qui est ensuite soumis au Conseil National. Ce dernier en arrête définitivement le texte.

o- Composition

● **COMPOSITION DE CHAQUE CONSEIL PROVINCIAL**



Chaque Conseil Provincial est composé :

-De membres titulaires et de membres suppléants élus par l'ensemble des médecins non suspendus, inscrits au tableau de l'Ordre.

Les membres titulaires et suppléants sont élus pour 6 ans et le conseil se renouvelle par moitié tous les 3 ans.

Le nombre de membres titulaires, suppléants, élus par arrondissement judiciaire de la province est fixé par le Roi. Ce nombre doit être pair.

De plus le Roi fixe les règles assurant la représentation des médecins d'expression allemande au Conseil Provincial de Liège. Il peut à cette fin créer un district électoral distinct.

-d'un assesseur titulaire et d'un assesseur suppléant nommés par le Roi pour une durée de 6 ans qui possèdent une voix consultative.

Ces assesseurs sont choisis parmi les magistrats titulaires des tribunaux de première instance (en dehors des juges d'instruction et des membres du parquet) et parmi les membres honoraires des tribunaux. Leur promotion aux fonctions de conseillers à la Cour d'Appel est cumulable avec leur fonction d'assesseur.

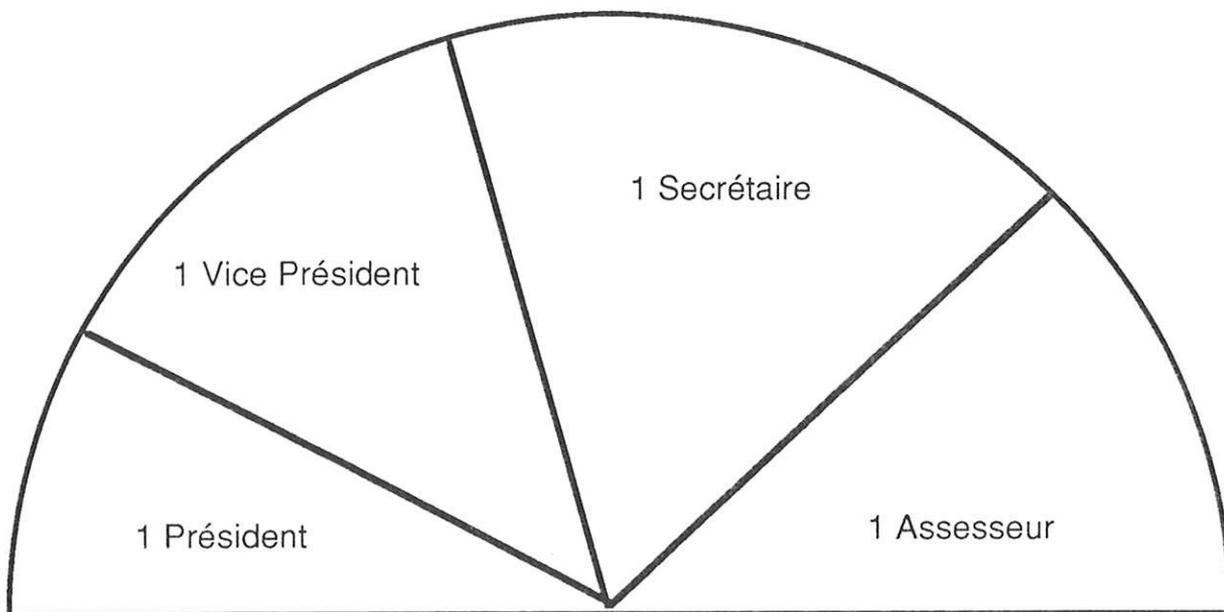
Les assesseurs doivent être domiciliés dans la province.

- d'un membre effectif du Conseil National ou d'un suppléant élu par le Conseil National hors de son sein. ,

Il assiste de droit avec voix consultative aux séances du Conseil Provincial.

De plus, le Conseil Provincial élit en son sein un Président, un Vice-Président et un Secrétaire qui constituent avec l'assesseur, le Bureau.

● **COMPOSITION DU BUREAU DU CONSEIL PROVINCIAL**



Il élit également en son sein, les membres chargés de compléter le Bureau en cas d'absence du Président, du Vice-Président ou du Secrétaire.

Tout membre d'un Conseil Provincial élu, qui, dûment convoqué s'est abstenu sans motif légitime d'assister à trois séances consécutives, peut être déclaré déchu de son mandat, sans préjudice de l'application des sanctions disciplinaires.

o- Missions.

Les attributions des Conseils Provinciaux sont les suivantes:

-Dresser le Tableau de l'Ordre. A ce sujet, ils peuvent refuser ou différer l'inscription au Tableau notamment si le demandeur s'est rendu coupable d'un fait dont la gravité lui aurait valu une radiation; de même, s'il est à l'origine d'une faute grave qui entache l'honneur et la dignité de la profession.

Ils peuvent également refuser l'inscription d'un ressortissant d'un état membre de la C.E.E désireux de s'établir dans le ressort de ce Conseil Provincial, ceci sur des informations communiquées par l'état d'origine ou de provenance.

Les médecins sont inscrits au tableau sur présentation du diplôme légal, visé par une Commission médicale provinciale.

Un certificat de bonne vie et moeurs délivré par la mairie est nécessaire pour l'accès à l'art médical . Toutefois, le refus d'inscription au tableau de l'Ordre est susceptible de recours devant le Conseil d'Appel de l'Ordre.

D'autre part, si la Commission médicale compétente ou la Commission Médicale de recours décide et porte à la connaissance de l'Ordre qu'un médecin ne remplit plus les conditions requises pour exercer ou qu'il y a lieu pour des raisons de déficiences physiques ou mentales de lui imposer une limitation de son exercice, le Conseil Provincial intéressé, dans le premier cas, n'inscrit pas le médecin au tableau de l'Ordre et dans le second cas, subordonne le maintien de son nom au respect de la limitation imposée.

Le nom du médecin peut être rayé du Tableau à sa demande, toute décision concernant l'inscription à ce Tableau devant être motivée.

-Veiller au respect des règles de la déontologie médicale. et au maintien de l'honneur, de la discrétion, de la probité et de la dignité des médecins.

Ils sont chargés à cette fin de sanctionner disciplinairement les fautes des médecins commises dans l'exercice de la profession et les fautes graves commises en dehors de l'activité professionnelle lorsqu'elles peuvent entacher l'honneur ou la dignité de la profession.

L'Ordre des médecins dispose donc d'un pouvoir disciplinaire s'exerçant également au niveau des Conseils Provinciaux.

Les sanctions disciplinaires, par ordre de gravité croissant, sont les suivantes:

- * L'avertissement
- * La censure
- * La réprimande
- * La suspension d'exercice (2 ans minimum)
- * La radiation

L'appel étant porté devant le Conseil d'Appel.

-Donner aux membres de l'Ordre des avis sur les questions déontologiques. qui ne sont pas réglées dans le Code ou par la jurisprudence établie. Ces avis sont ensuite transmis au Conseil National pour approbation puis communiqués au Conseil Provincial qui les transmet aux médecins intéressés.

-Signaler aux autorités compétentes les actes d'exercice illégal de la médecine dont ils ont connaissance.

-Arbitrer en dernier ressort, à la demande des intéressés, les contestations relatives aux honoraires réclamés par le médecin à son client.

-Répondre à toutes les demandes d'avis des cours et Tribunaux relatives à des contestations d'honoraires.

-Déterminer chaque année la cotisation en y incluant le montant fixé par le Conseil National pour chaque membre inscrit au tableau de l'Ordre.

o- Modalités d'élections

Pour être éligible comme membre titulaire ou suppléant d'un Conseil Provincial, il faut que le médecin soit de nationalité Belge, inscrit à son Tableau de l'Ordre depuis un an au moins au moment de l'élection et à l'un des tableaux provinciaux de l'Ordre depuis 10 ans au moins. De plus, il ne doit pas avoir encouru de sanctions autres que l'avertissement.

Les membres titulaires ne sont rééligibles que trois ans minimum après expiration de leur mandat.

L'élection des membres a lieu au scrutin secret. Le droit de vote est limité au deux tiers des sièges à pourvoir dans l'arrondissement.

Le vote est obligatoire. Tout médecin qui sans motif légitime s'abstient du scrutin s'expose à des sanctions disciplinaires. Tout électeur contestant la régularité des élections a un droit de réclamation contre les résultats de celles-ci.

D'autre part, le Roi fixe sur avis du Conseil National les modalités des élections ainsi que les formes et délais requis pour l'introduction des réclamations et le délai dans lequel on doit statuer sur celles-ci.

b. Les Conseils d'Appel

o- Composition

Il existe deux Conseils d'Appel en Belgique, l'un utilisant la langue Française et l'autre la langue Néerlandaise.

Ils sont composés chacun:

-de 5 membres titulaires et de 5 membres suppléants médecins, élus pour une durée de 6 ans et rééligibles.

Chaque Conseil Provincial élit un des 5 membres du Conseil d'Appel de son régime linguistique. Ce membre est élu parmi les médecins de nationalité Belge, inscrits au tableau du Conseil Provincial qui élit depuis un an au moins au moment de l'élection, et à l'un des tableaux provinciaux de l'Ordre depuis 10 ans au moins. Il ne doit pas avoir encouru une sanction autre que l'avertissement.

-de 5 membres titulaires et de 5 membres suppléants conseillers à la Cour d'Appel, nommés par le Roi pour une durée de 6 ans

d'un greffier titulaire et d'un greffier suppléant nommé également par le Roi pour une durée de 6 ans. Il faut signaler que le même greffier titulaire ou suppléant peut être nommé auprès des deux Conseils d'Appel, à condition toutefois qu'il connaisse les deux langues nationales.

De plus, ces Conseils sont aussi constitués de membres nommés.

Le Roi nomme parmi les membres magistrats, le président et les rapporteurs de chacun des Conseils.

Un membre du Conseil National, non élu est délégué spécialement pour assister de droit aux séances de chaque conseil d'appel en vue d'y exprimer l'avis du Conseil National sur des questions de principe ou sur les règles de déontologie soulevées à l'occasion du cas examiné.

La rémunération des greffiers et de leurs suppléants est à la charge de l'Ordre, fixée par le Conseil National.

o- Missions

Chaque conseil d'appel établit son règlement d'ordre intérieur, adressé ensuite au Conseil National, le texte en est arrêté définitivement.

Le siège des Conseils d'Appel est fixé à Bruxelles. Chaque Conseil d'Appel connaît les décisions prises respectivement par les Conseils Provinciaux utilisant la langue Néerlandaise et ceux utilisant la langue Française. Ils se prononcent dans les mêmes conditions en premier et en dernier ressort:

- sur les réclamations prévues, si celles-ci portent sur les faits qui ont pu modifier le résultat du scrutin. Il peut alors prononcer la nullité du scrutin.

- sur les déchéances.

- sur toute affaire dont il est saisi.

Tout conflit entre Conseils Provinciaux relatif au domicile d'un médecin est soumis à l'un ou l'autre des Conseils d'Appel, suivant le cas, soit aux deux Conseils réunis lorsque le conflit a surgi entre Conseils Provinciaux de régime linguistique différent.

Dans ce dernier cas, celui des deux Présidents qui a le plus d'ancienneté comme Président de chambre ou comme conseiller, préside la séance.

c. Le Conseil National

o- Composition

Le Conseil National comporte deux sections, l'une d'expression Française, l'autre d'expression Néerlandaise. Elles peuvent décider et délibérer en commun.

Ce conseil est composé de:

- Dix membres effectifs et dix membres suppléants élus pour une durée de dix ans. Les membres étant rééligibles une fois; de sorte que chaque Conseil Provincial élit dans, ou en dehors de son sein, un membre effectif et un membre suppléant pour le Conseil National parmi les médecins Belges répondant aux conditions habituelles.

- six membres effectifs et six membres suppléants nommés par le Roi pour 6 ans parmi les médecins présentés par les Facultés de Médecine sur des listes de trois candidats.

Rappelons que les Facultés de Médecine des Universités de Bruxelles, Liège et Louvaine présentent chacune un membre effectif et un membre suppléant d'expression Française et que les Facultés de Bruxelles, Gand et Louvaine présentent chacune un membre effectif et un membre suppléant d'expression Néerlandaise.

- Un greffier effectif et un greffier suppléant, Docteurs en droit, nommés par le Roi pour six ans.

Les deux sections du Conseil National sont présidées par un même magistrat nommé par le Roi, parmi les Conseillers effectifs ou honoraires à la Cour de Cassation, connaissant les deux langues Nationales.

Un président suppléant est de même désigné par le Roi. Chaque section élit en son sein un Vice-Président qui est aussi Vice-Président du Conseil National.

Le Roi fixe les règles d'organisation et de fonctionnement du Conseil National, mais ce dernier établit son règlement intérieur.

Le mandat de membre du Conseil National est incompatible avec celui de membre du Conseil d'Appel. Le siège du Conseil est fixé à Bruxelles.

o- Missions.

Le Conseil National élabore les principes généraux et les règles, relatifs à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité, la dignité et le dévouement indispensable à l'exercice de la profession constituant le Code de Déontologie Médicale.

Le Roi peut, par arrêté, délibérer en Conseil des Ministres, donner force obligatoire à ce Code de Déontologie et aux adaptations qui seraient élaborées par lui.

Ce code comprend notamment des règles relatives à la continuité des soins en ce qui concerne, les services de garde, le secret professionnel, la transmission de documents ou d'informations médicales entre confrères, notamment en médecine préventive, et concernant les rapports des médecins entre eux avec les malades et les autres professions paramédicales.

Il énonce les principes de base dont découlent les obligations sociales du médecin.

Le Conseil National a en outre pour fonction:

- de donner des avis motivés sur des questions d'ordre général, sur des problèmes de principe ou sur les règles de déontologie médicale et d'approuver les avis des Conseils Provinciaux.

- de déterminer en plus le montant annuel, qui, outre la cotisation destinée au Conseil Provincial est réclamée aux médecins comme cotisation pour l'Ordre.

Le Code de Déontologie Belge élaboré par le Conseil National, n'a pas la valeur réglementaire du Code de Déontologie Français.

Des commissions médicales provinciales (créées en 1818) composées de médecins présentés par les syndicats médicaux sont présidées par des médecins nommés par le Roi après avis favorable de l'Ordre.

Elles ont des missions d'ordre général dans le domaine de la Santé Publique et des tâches spéciales en matière de vérification des diplômes ou d'organisation des gardes.

2. L'ORDRE DES MEDECINS EN ITALIE.

En Italie, l'Ordre est une fédération, c'est à dire un ensemble regroupant et coordonnant l'action des Ordres Provinciaux des médecins.

Une loi du 13 septembre 1946 et un décret du 5 avril 1950 régissent la fédération des Ordres Italiens. L'inscription au Tableau est effectuée par le Conseil de l'Ordre Provincial et il est publié chaque année.

L'Ordre exerce un pouvoir disciplinaire.

Le Conseil National fixe le montant de la cotisation annuelle. L'Ordre National publie un Code de Déontologie qui est un guide plutôt qu'un texte réglementaire, la fédération étant chargée de veiller au respect de l'éthique médicale et à la défense de la dignité et de l'indépendance professionnelle. Elle représente les médecins auprès des pouvoirs publics.

3. L'ORDRE DES MEDECINS AU PORTUGAL.

L'Ordre des Médecins au Portugal a par contre des attributions très larges, certaines étant dans d'autres pays attribuées aux syndicats médicaux.

Il a été créé en 1938, mais ses attributions actuelles sont définies par une loi du 18 juin 1977. Indépendant, il est chargé de défendre les intérêts légitimes des médecins tout en respectant le droit à la santé des citoyens.

Il veille au respect de l'éthique médicale et de la déontologie définie dans un Code de Déontologie rédigé par une section du Conseil National.

Il procède à la qualification professionnelle et veille en outre à la défense des intérêts de la profession médicale, en particulier dans le domaine de la Sécurité Sociale et donne son avis sur tous les problèmes concernant l'enseignement, l'exercice et l'organisation de la médecine.

Les médecins sont inscrits à des Conseils Régionaux qui fonctionnent sous l'autorité du Conseil National.

Les médecins reconnus incapables d'exercer pour des raisons d'incapacité physique ou morale peuvent être interdits d'exercer la profession.

L'Ordre des médecins assure la discipline professionnelle par des Conseils Régionaux de discipline avec appel au niveau du Conseil National.

4. L'ORDRE DES MEDECINS EN R.F.A.

L'Ordre tel que nous le connaissons n'existe pas à proprement parler, mais une grande partie des attributions confiées à l'ordre dans d'autres pays est gérée par les chambres des médecins des "Landers" (Provinces) et chaque Land à une "Arztekammer" (C'est à dire une chambre des médecins).

Il existe un organisme national de coordination qui a, en outre, un rôle de conseil auprès du gouvernement fédéral, de discussion avec les caisses d'assurances, de représentation: Ils se nomment "Bundesärztekammer".

Cette chambre définit, chaque année, les orientations à l'intention des médecins Allemands au cours de son assemblée générale.

Le droit d'exercer la médecine est accordé lorsque le médecin a obtenu le diplôme de base nécessaire délivré par le Ministère de la Santé du Land.

La chambre des médecins "Arzttekammer" accorde des diplômes de spécialité.

Les chambres peuvent publier des règlements professionnels et définissent de manière contraignante les devoirs des médecins et la formation complémentaire.

Le médecin qui est autorisé par le Ministère de la Santé à exercer doit s'inscrire à la chambre provinciale. Celle-ci est chargée de veiller à la dignité de la profession et à l'exécution des devoirs professionnels.

Les chambres sont également compétentes pour décider des sanctions disciplinaires :

- avertissement,
- réprimande,
- amende,
- suppression du droit de vote et d'éligibilité aux élections professionnelles.

Par contre, il n'est pas dans leurs attributions de pouvoir interdire le droit d'exercice, mais elles peuvent demander aux autorités sanitaires le retrait de l'habilitation.

5. L'ORDRE DES MEDECINS EN ESPAGNE.

En Espagne, il existe un Conseil National de l'Ordre des Médecins et des Conseils provinciaux dont le fonctionnement et les attributions s'apparentent à celui des ordres Belges, Français...

Les différentes attributions sont plus tranchées dans les autres pays et variables d'un pays à l'autre, suivant l'organisation de la santé.

L'existence d'un service national de santé modifie les relations entre médecins et pouvoirs publics.

6. L'ORDRE DES MEDECINS AU ROYAUME UNI

Au Royaume uni, il existe depuis le "Medical Act de 1858", une autorité médicale. Le général Medical Council qui tient un registre sur lequel les médecins peuvent obtenir un enregistrement provisoire ou définitif.

Il édite de façon régulière, une documentation ayant pour objet la discipline et la conduite professionnelle dans laquelle figure un répertoire des différentes erreurs de comportement professionnel qui peuvent conduire à une procédure disciplinaire. Le médecin est soumis à la juridiction disciplinaire du conseil, les sanctions peuvent aller jusqu'au retrait de son nom du registre équivalent de la "radiation" française.

A coté du Général Médical Council, il existe une importante association; la British Médical Association (B M A) qui édite entre autre un recueil concernant l'éthique médicale.

Il n'existe aucun vrai Code de Déontologie.

7. L'ORDRE DES MEDECINS EN IRLANDE

En Irlande, comme au Royaume Uni, il existe un Medical Council qui procède à l'enregistrement des médecins. De même, il n'existe pas de "Code de Déontologie" mais des règles d'éthique qui sont régulièrement mises à jour.

L'Irish Medical Association définit les règles déontologiques de l'exercice professionnel.

8. L'ORDRE DES MEDECINS AUX PAYS.BAS

Aux Pays bas, la profession médicale est gérée par le Ministère de la Santé, il n'existe pas d'Ordre des Médecins, ni d'organismes chargés de la tenue du tableau des médecins.

Par contre, il existe une association médicale puissante, l'Association Royale Néerlandaise pour la promotion des médecins qui regroupe environ 90 % des médecins.

Depuis 1903, ont été créés des organismes disciplinaires internes dans son sein d'autant plus efficaces que la très grande majorité des médecins Néerlandais participe à la vie de l'association.

Le champ disciplinaire est cependant limité à la défense de l'honneur professionnel, l'association ne pouvant pas assurer de protection en matière d'ordre public et d'intérêts généraux de la santé.

C'est pourquoi, une loi du 2 juillet 1928 a créé les collèges disciplinaires compétents pour apprécier la conduite des médecins vis à vis des malades.

Par contre, contrairement à ce qu'on connaît dans les Ordres Français ou Belges, ils n'interviennent pas dans les rapports des médecins entre eux.

9. L'ORDRE DES MEDECINS AU LUXEMBOURG

Au Luxembourg, il existe un collège médical de droit public, créé en 1818 par une loi de Guillaume I^{er}, Roi de Hollande, pour toutes les provinces de son royaume.

Une commission médicale est chargée de son examen et de la surveillance de tout ce qui a rapport à "l'art de guérir"

Les attributions du collège médical sont définies dans trois textes, elles comportent en plus de la surveillance du service sanitaire :

- l'étude et l'examen de toutes les questions concernant "l'art de guérir" et concernant la santé publique dont il est saisi par le gouvernement Grand Ducal.

- le pouvoir disciplinaire pour les personnes qualifiées dans "l'art de guérir", les peines pouvant aller de l'avertissement jusqu'à la suppression d'exercice pendant deux ans.

Le collège médical comprend des membres adjoints non médecins et le directeur de l'institut d'hygiène et de la Santé Publique.

Il n'existe pas de tableau de l'Ordre mais une liste de médecins publiée chaque année par le collège médical au "mémorial" qui est le journal officiel.

Le gouvernement donne l'autorisation d'exercer sur avis du collège. En fait, le collège a reçu des attributions similaires à celle de l'Ordre des Médecins.

10. L'ORDRE DES MEDECINS AU DANEMARK

Il existe au Danemark une direction centrale de l'hygiène publique (Board of health) qui travaille en liaison avec le Ministère de l'Intérieur et donne des autorisations "définitives et temporaires" d'exercice, sans qu'il y ait de tenue d'un tableau.

Les médecins prêtent serment devant une faculté de médecine.

En règle générale, ils exercent dans le cadre du service national de Santé avec rémunération "per capita", c'est à dire par personne qu'ils voient.

L'autorisation d'exercice peut être refusée comme en France, si le médecin est considéré comme dangereux pour son entourage. Il n'y a pas d'Ordre des Médecins mais il existe comme en Hollande une puissante association: l' Association Médicale Danoise regroupant 90 % des médecins à laquelle l'adhésion est volontaire.

11. L'ORDRE DES MEDECINS EN GRECE

En Grèce, le Conseil Médical Panhélienique existe depuis la loi du 13 octobre 1977, modifiée le 19 mars 1984; c'est une personne morale de droit public composée de 15 membres élus.

Un cadre supérieur de la santé participe en plus à ses travaux à titre de commissaire du gouvernement.

Le conseil est chargé de la coordination et de la supervision des Conseils Départementaux.

Il doit faire observer et promouvoir la déontologie professionnelle, défendre les règles d'honneur et de probité de la profession et surveiller l'application du Code de Déontologie.

Le Code de Déontologie est ainsi qu'en France un recueil très complet des règles habituelles que nous connaissons dans les pays européens.

Il est publié sous forme de décret.

Ce Conseil Médical Panhélienique a en outre un rôle de conseiller auprès des instances gouvernementales dans le domaine législatif de la santé, de la formation médicale, et au niveau de l'information scientifique.

Il représente les médecins dans les instances médicales européennes et internationales.

Les Conseils départementaux en Grèce ont à la fois un rôle de gestion et un rôle disciplinaire.

L'Assemblée Générale des médecins de la région, "siège d'un centre sanitaire" du département élit en assemblée générale pour 3 ans, ses représentants au conseil disciplinaire.

Le secrétariat des deux organismes est en commun.

En matière disciplinaire, il existe une procédure d'appel au Conseil disciplinaire supérieur qui siège auprès du Conseil Médical Panhélienique

Quant aux pays de l'Est (Hongrie, Tchécoslovaquie, Pologne); ils ont demandé depuis 1990, notre Code de Déontologie et le fonctionnement de l'Ordre des Médecins dans les pays démocratiques de l'ouest afin d'instituer chez eux une telle structure.

B. LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE FRANCAIS ET LA C.E.E

Le Conseil National de l'Ordre agit à deux niveaux:

-représentation de la profession dans son ensemble au niveau des Instances Communautaires. C'est à dire par exemple, qu'un Conseiller National assiste, en qualité d'expert aux travaux du Comité Consultatif pour la Formation des Médecins créé par le Conseil des Communautés.

-mise en application après avoir participé à leur élaboration, des deux directives du Conseil des communautés du 16 juin 1975 par la réalisation de la libre circulation des médecins et des prestations de services.

Ainsi dans un premier temps, l'Ordre a contribué à la modification nécessaire du Code de la Santé Publique (loi du 31 décembre 1976) et à l'élaboration des décrets d'application.

Actuellement, l'Ordre qui a la charge du service d'information prévu par la première directive assume pour les migrants comme pour les médecins français; les inscriptions au Tableau, la vérification des critères de formation et la qualification des médecins migrants. L'Ordre intervient en outre dans le domaine de la concertation et des difficultés concernant l'éthique médicale.

Ainsi en matière de concertation, le Conseil National de l'Ordre est membre depuis près de 20 ans du Comité Permanent des médecins de la C E E, ce qui permet des rencontres régulières avec les professionnels des autres états membres. Les travaux du Comité Permanent portent sur différents sujets (l'un des plus récents étant l'assistance aux mourants) et ont abouti à la rédaction de documents tels que les chartes des médecins du travail, des médecins salariés, des hospitaliers, ou encore la charte dite de Nuremberg.

Et dans le domaine de l'éthique médicale, le Conseil National de l'Ordre a créé à cet effet en 1971 la Conférence Internationale des Ordres et des Organismes d'Attributions Similaires réunissant les représentants qualifiés ou des observateurs de tous les états membres et accueillant également des participants d' Espagne et du Portugal.

La Conférence des Ordres a étudié des sujets aussi divers que les formalités d'inscription ou d'enregistrement dans les douze pays, la prestation de service, les sanctions disciplinaires, etc...

C. SYNTHÈSE

En fait, tous les pays européens ont un Ordre des Médecins ou des organismes plus ou moins capables de contrôler et de surveiller la pratique des médecins.

Certains sont très proches de l'Ordre Français, par leur composition et par leur mission, d'autres beaucoup moins complets n'ayant qu'un rôle de tenue à jour du Tableau (inscription des médecins) ou seulement un rôle disciplinaire.

Parmi les Ordres les plus proches du système français on distingue les systèmes Belges, Luxembourgeois, Grecs et Espagnols... .

L'Ordre des Médecins Belge présente cependant une moins grande souplesse que le nôtre dans ses procédures, et il est encore moins représentatif des populations médicales. En effet dans ce pays, pour être éligible il faut avoir été inscrit dans un Conseil Provincial depuis au moins dix ans (exercer depuis dix ans), ce qui signifie que les jeunes populations de médecins ne sont pas représentées au sein du Conseil de l'Ordre. D'autre part, leur Code de Déontologie n'a pas la valeur réglementaire du nôtre, les membres de l'Ordre Belge sont rémunérés et l'Ordre possède la personnalité juridique contrairement à l'Ordre Français.

Quant aux Ordres Luxembourgeois et Grecs ils sont proches de l'Ordre Français surtout par leur structure et leur composition. A noter cependant qu'au Luxembourg il n'existe pas de Tableau à proprement parler mais une liste annuelle indiquant seulement les nouveaux médecins inscrits.

L'Ordre Italien présente la particularité d'être fédéral et donc d'avoir une structure totalement différente du nôtre, le Conseil Provincial de l'Ordre ayant un pouvoir plus important. Dans ce pays le Code de Déontologie est également un guide plutôt qu'un règlement comme en France.

Quant à l'Ordre Portugais, il présente l'inconvénient de mélanger fonctions ordinales et syndicales, ce qui risque de politiser un organisme qui ne devrait pas l'être afin de garder un certain recul par rapport aux affaires dont il s'occupe. Il peut comme l'Ordre Français prendre des mesures pour protéger les citoyens des médecins dont l'exercice est dangereux du fait d'une infirmité physique ou psychique.

D'autres Ordres comme en R F A et aux Pays bas sont gérés par le Ministère de la Santé soit au niveau provincial (R F A) soit au niveau national (Pays Bas).

Ainsi en R F A c'est le Ministère de la Santé de la province qui accorde l'autorisation d'exercer avant l'Ordre.

Aux Pays Bas, le pouvoir disciplinaire est limité et exercé par une association de médecins très puissante et par des collèges disciplinaires. Mais ceux-ci n'interviennent pas, contrairement à ce que l'on connaît en France et en Belgique dans les rapports des médecins entre eux.

A noter, qu'au Danemark on ne prête pas serment comme en France mais devant la faculté de son choix. Dans ce pays, seule une Association Médicale Danoise existe, et malgré sa puissance, elle est loin d'avoir les fonctions de notre ordre (notamment disciplinaire) .

Enfin en Irlande et au Royaume Uni, il n'existe pas de Code de Déontologie mais des règles d'éthique qui sont régulièrement remises à jour.

L'Ordre Français par l'intermédiaire du Conseil National entretient des rapports suivis et permanents avec les autres pays européens.

La Conférence Internationale des Ordres et Organismes d'Attributions Similaires a été créée en 1971 par la France, la Belgique, l'Italie, le Luxembourg, la République Fédérale d'Allemagne.

Les médecins représentant ces pays avaient pris conscience des points de convergence dans le domaine de l'éthique médicale, de la déontologie professionnelle, de la défense des principes de moralité, de probité, et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine.

La perspective de l'ouverture des frontières des pays de la communauté européenne nécessitait une harmonisation des textes et des attributions pour permettre la libre circulation des médecins qui s'est réalisée depuis 1975.

Le but de cette conférence d'après le docteur Jacques MOULIN, est d'une part de maintenir dans ces pays, une médecine de qualité au service des malades, et d'autre part, d'étudier les mesures pratiques de compétence ordinale nécessaire à la mise en application des directives communautaires.

Depuis 17 ans, la Conférence des pays européens a poursuivi ses objectifs. Sont venus participer à ces travaux, le Royaume Uni, l'Irlande et le Danemark; puis l'Espagne et le Portugal et enfin la Grèce. Elle compte comme observateurs les Pays Bas, la Suède et l'Autriche.

Parmi ses nombreux travaux, il faut souligner que le 6 janvier 1987 la conférence a publié un texte essentiel concernant les principes d'éthique médicale européenne.

Ce texte adopté à l'unanimité des membres, rappelle que la vocation du médecin est de défendre la santé physique et mentale, de soulager la souffrance dans le respect de la vie et de la personne humaine sans discrimination d'âge, de religion, de nationalité, de conditions sociales et d'idéologie politique ou toute autre raison en temps de paix ou de guerre.

Il vise notamment, le consentement éclairé du malade, l'indépendance morale et technique, le secret médical, la compétence du médecin, l'accompagnement des mourants, les greffes d'organes, les problèmes de reproduction, l'expérimentation sur l'homme.

Sont traités également le médecin et la société, la confraternité, la continuité des soins, le libre choix, la grève médicale, les honoraires et la publicité des découvertes.

La Conférence Internationale des Ordres et des différents Ordres et Organismes d'Attributions Similaires travaillent en liaison permanente avec le Comité Permanent des Médecins de la C E E, le Conseil de l'Europe, la Commission de Bruxelles... C'est donc dire qu'ils font partie intégrante de l'Europe médicale qui se construit jour après jour.

CHAPITRE IV

LES REFORMES DU CONSEIL DE L'ORDRE

A. UNE REFORME, POURQUOI?

L'organisation actuelle de l'ordre des médecins résulte de l'ordonnance du 24 septembre 1945 modifiée en 1972, en 1976 et 1977.

Dans les années 1970, le conseil de l'ordre fut déjà rigoureusement contesté et sa suppression réclamée par de nombreux médecins et citoyens.

D'après des commentateurs de l'époque, il payait là, son attitude frileuse et conservatrice prenant position en 1971 contre la loi stipulant que la convention serait désormais négociée au niveau national et s'opposant avec détermination en 1973 à la loi sur l'IVG.

On lui reprochait alors essentiellement sa rigidité devant toute évolution, et son caractère corporatiste ressenti par beaucoup comme inégalitaire, mis au service des nantis de la profession négligeant et accablant parfois le reste des médecins.

Les missions du Conseil de l'Ordre semblaient inutiles aux contestataires qui réclamaient que son rôle administratif soit rempli par l'administration et disjoint du règlement à jour des cotisations.

Son rôle éthique ne devait plus être le reflet des seuls conservateurs qui le composaient, le pouvoir médical devant être conforme aux aspirations et morale de l'ensemble des citoyens dans une démarche qui touche à la vie de chacun.

Enfin, son rôle disciplinaire devait être rempli par les tribunaux de droit commun car beaucoup percevaient les juridictions ordinaires comme des juridictions corporatistes supplémentaires.

Puis les contestations s'apaisèrent peu à peu car les nouveaux présidents du Conseil National de l'Ordre, adoptèrent et imposèrent une attitude plus progressiste. Les nombreux problèmes auxquels sont confrontés les médecins et notre société, firent ainsi l'objet de réflexion plus profonde et plus actuelle.

Malgré cela, en 1990 trois médecins sur quatre souhaitent à nouveau une réforme de l'Ordre des médecins, rendue nécessaire par l'évolution du monde médical.

Le temps est en effet révolu où la médecine était presque uniquement artisanale, et s'exerçait "dans le seul colloque singulier réunissant une conscience et une confiance".
(J.TERQUEM)

Toute approche du malade est désormais pluridisciplinaire voire multidisciplinaire nécessitant la participation de plusieurs médecins à la fois et de nombreux paramédicaux, tous de plus en plus formés de façon étroite et pointue.

Par ailleurs chaque jour apporte de nouvelles techniques et de nouvelles possibilités d'investigations de plus en plus sophistiquées.

Les conséquences en sont donc multiples:

En premier lieu, la lourdeur des investissements et la cherté des plateaux techniques imposent l'irruption de groupes financiers dans le système de soins et leur concentration. Ainsi ce qui était vrai depuis peu pour les établissements d'hospitalisation privés va l'être demain pour les cabinets de groupes ou les associations de praticiens; ceci en vertu des dispositions du projet de loi relatif à l'exercice sous forme de société des professions libérales.

La logique implacable des investisseurs et des gestionnaires et la recherche de rentabilité maximale peuvent pousser certains à être directifs et à peser sur les choix des médecins en leur demandant du rendement et en compromettant leur dignité et leur liberté d'autant plus aisément que la démographie médicale les rend plus vulnérables.

De plus, notre système de sécurité sociale absorbe 9% de notre PIB pour la branche médecine et voit ses dépenses augmenter de 9% et plus par an. Il va devoir évoluer et procéder à des choix d'objectifs et de moyens avec le concours de la profession médicale qui peut de moins en moins feindre de ne pas être concernée.

Le besoin de formation continue est ressenti comme une absolue nécessité alors qu'elle était encore récemment très mal structurée et insuffisamment dégagée d'influences intéressées.

D'autre part, sur le plan humain, le médecin n'est plus honoré comme autrefois et indiscuté.

Les progrès de la culture, l'émergence de nouveaux droits durement revendiqués, la diffusion immédiate de nouveaux progrès, des incidents, des accidents et le rôle critique accru de nouvelles professions et classes sociales, posent à chaque médecin un problème existentiel concernant sa place dans la société, son rôle exact et ses responsabilités.

Les mentalités et les moeurs évoluent avec une grande rapidité. Des questions nouvelles sont débattues avec âpreté à l'aide d'énormes moyens médiatiques: procréation médicalement assistée, diagnostic prénatal, prolifération des greffes d'organes, acharnement thérapeutique, euthanasie...

Enfin depuis peu, l'unicité et la polyvalence du titre de docteur en médecine ainsi que les possibilités d'un clair et réel exercice sont remises en cause; d'abord par les lois et les règlements qui distinguent étroitement généralistes et spécialistes et les spécialistes entre eux, ensuite par des impératifs moraux concernant l'inégalité des praticiens en fonction de leur environnement. (ex= radiologue-cardiologue)

Il faudra donc définir en fonction de ces mutations les nouveaux rapports, des médecins entre eux, avec les paramédicaux, les acteurs économiques et financiers, les médias, l'université et les pouvoirs publics.

Il est aussi nécessaire de préciser l'exacte responsabilité des médecins face à leurs patients à la politique de santé et à l'évolution des moeurs de notre société.

Même si l'ordre actuel s'est engagé dans cette voie depuis plusieurs années, il est encore perçu par beaucoup, comme un organisme purement répressif, inégalitaire dans ses décisions, figé et sans perspective qui n'a pas suffisamment la volonté ou les moyens d' action dans les domaines énoncés ci dessus .

B. MODIFICATIONS DE L'ORDRE PROPOSEES EN 1991 PAR LE RAPPORT DE M^rJ.TERQUEM, CONSEILLER D'ETAT.

L'évolution du monde médical rendant nécessaire une nouvelle réforme, Mr Jean Jacques TERQUEM, Conseiller d'Etat est chargé fin 1991 de la rédaction d'un rapport d'étude détaillé précisant les différents points du système ordinal à modifier.

Ce rapport précise les situations actuellement litigieuses dans le système ordinal et propose diverses solutions.

1. REFORMES CONCERNANT LA REPRESENTATIVITE ET LA COMPOSITION DU CONSEIL DE L'ORDRE.

On constate actuellement que l'Ordre des Médecins est représenté de façon pyramidale et que son mode d'élection peut ainsi, par une rééligibilité sans limite, instaurer une sclérose progressive.

Les orientations et solutions proposées par J. TERQUEM à ce sujet, concerne plus particulièrement les différents points suivants:

- représentativité et mode d'élection
- incompatibilité entre deux fonctions
- limitation des mandats
- rôle des suppléants.

a. La représentativité et le mode d'élection.

La réforme du mode d'élection a pour principal objectif de motiver les jeunes générations de médecins pour les intéresser à l'Ordre et les faire participer au vote; ceci sans instaurer pour autant une procédure de vote obligatoire contraire aux traditions ordinaires.

* **Au niveau départemental**, afin d'assurer une meilleure représentativité; une élection par collège, selon le critère exclusif du mode d'exercice (médecins hospitaliers, libéraux, salariés ...) doit être envisagée et toute la procédure de vote doit être revue.

On constate actuellement que tous les électeurs reçoivent des listes préimprimées, patronnées par le Conseil sortant avec le soutien du Syndicat Départemental majoritaire, ce qui enlève à tout autre candidat, toute chance d'être élu.

Il s'agit en fait, d'empêcher que l'élection soit une cooptation déguisée.

Si nous conservons notre système uninominal, il convient d'interdire ce système de listes préimprimées et de mettre toutes les listes sur pied d'égalité quant à la propagande, en les envoyant toutes dans la même enveloppe avec les professions de foi des sortants.

Toutefois, il serait certainement préférable de recourir à un scrutin de liste proportionnel avec répartition au plus fort reste ou à la plus forte moyenne; ceci présentant l'avantage d'être plus représentatif de toutes les sensibilités et de permettre un panachage harmonieux pour avoir le maximum de chances et d'élus. (en fonction par exemple des âges, du sexe et pour les hospitaliers en fonction des corps.)

Une réserve cependant, l'éparpillement des suffrages auquel on pourrait pallier en décidant que la liste arrivée en tête obtienne la majorité des sièges dans son collège comme cela se voit pour les élections municipales . Mais ceci présente le risque majeur de politiser des élections qui ne doivent pas l'être.

Rappelons donc qu'il doit être absolument interdit qu'une liste se réclame d'une appartenance politique.

Ces principes admis, il faudrait savoir s'ils seront appliqués généralement, ou s'il sera nécessaire de prévoir des dispositions particulières pour les départements ayant un petit nombre de médecins inscrits au Tableau car dans ces départements, les personnalités jouent un grand rôle. Dans ce cas particulier, le choix devrait donc être situé entre les deux types de scrutins (uninominal et proportionnel par liste avec un seul collège), l'élection se faisant également sur le modèle des élections municipales.

Des antennes locales du Conseil dans les grandes villes ou les grands départements seraient également nécessaires.

En fait, le scrutin uninominal à un tour est celui qui semble le plus juste, mais pour élargir la représentativité des Conseils de l'Ordre l'élection par collège serait intéressante. Il serait donc judicieux de trouver un mode de scrutin intermédiaire qui respecterait chaque sous-population de médecins.

*** Au niveau régional et interrégional**, les Conseils Régionaux doivent être **absolument et totalement** indépendants et impartiaux car ce sont les premiers degrés de juridiction de l'Ordre.

Dans ce but, il importe que les justiciables ne soient pas traduits devant le Conseil Régional dont ils ressortent du fait de leur lieu d'exercice ou dans le ressort duquel ils ont fait leurs études. Le mieux serait donc de substituer aux actuels Conseils Régionaux 8 ou 10 Conseils Inter-régionaux, au besoin plus importants en nombre et comportant plusieurs sections administratives et disciplinaires de première instance. Ceci effacerait les disparités régionales et diluerait, influences, amitiés et inimitiés.

Ces Conseil Inter-régionaux nommeraient un de leurs membres par région aux fins de les représenter auprès des préfets de région.

Malgré tout, même si ces Conseil Inter-régionaux semblent plutôt intéressants, on se heurte à l'extrême difficulté de réaliser les réunions de médecins installés dans des lieux très éloignés.

D'autre part, la ville de PARIS devrait constituer à elle seule une inter-région.

Actuellement les Conseils Régionaux sont régis par la loi de 1901, ce qui entraîne des difficultés de participation à des actions concertées. On pourrait donc peut-être envisager de leur donner la personnalité juridique.

*** Au niveau national**, si la suggestion de créer des Conseils Inter-régionaux à la place des Conseils Régionaux est retenue, le mode d'élection au Conseil National peut être le

même qu'aujourd'hui. Dans le cas contraire, il conviendrait que la représentation au Conseil National diffère selon l'importance numérique des médecins inscrits au Tableau dans chaque région.

La difficulté est en effet de garantir au Conseil National la représentativité assurée au niveau départemental par l'élection par collège et au scrutin proportionnel.

Ceci est quasi impossible sauf si on prévoit une élection au Conseil National, totalement différente, également par liste à la proportionnelle et par collèges et inter-régions; les conseillers départementaux et inter-régionaux étant tous électeurs.

Le Conseil National ne devrait plus comprendre les trois membres cooptés (voulu par l'article L.404 4° alinéa) facteur évident de conservatisme.

Cependant des personnalités qualifiées pourraient être associées à titre consultatif.

b. Les incompatibilités entre deux fonctions.

Assurer le respect d'une représentation démocratique et indépendante des Ordres, nécessite que certaines incompatibilités soient édictées et que l'osmose Ordre-Syndicat soit réduite au maximum.

Deux solutions ont donc été proposées pour pallier à cet inconvénient. Une première solution où les Présidents, Secrétaires et Trésoriers des syndicats départementaux représentatifs à l'échelon national, ne sont pas éligibles à l'Ordre. Mais les syndicats médicaux sont si nombreux et si divers que cette solution risque de tarir le recrutement. Une deuxième solution plus souple où ces mêmes personnalités ne peuvent être membres du Bureau ou Président d'une commission des divers Ordres.

Il serait nécessaire par ailleurs d'instaurer l'incompatibilité entre les fonctions de Conseiller Départemental et celle de Conseiller Régional ou Inter-régional.

c.limitation des mandats.

Afin de renouveler les instances et de brasser les générations, il est nécessaire de limiter la durée des mandats et de ne prévoir la possibilité que d'une seule réélection consécutive.

Soit par exemple 4 ans pour les Conseils Départementaux et National, et 6 ans pour les Conseils Régionaux sans renouvellement par moitié à mi mandat.

Une seule exception pourrait être faite en faveur du Président du Conseil National ou du Secrétaire Général qui ont besoin de continuité dans leur action.

On peut proposer par exemple, qu'à la suite de deux éventuels mandats, ces derniers pourraient rester membres du Conseil National pour un troisième mandat sans pouvoir garder cependant leurs fonctions au sein du Bureau ou la possibilité pour eux d'effectuer trois mandats consécutifs d'une durée de 4 ans.

Cependant, la limitation des mandats présente l'inconvénient d'éliminer rapidement un nouveau conseiller qui a dû se former dans les premiers temps de son mandat.

Pour pallier à cela, l'Ordre devrait donc organiser des sessions de formation des nouveaux Conseillers Départementaux.

Par ailleurs une réforme concernant les conditions d'éligibilité pourrait être envisagée.

On pourrait soit maintenir la condition de 3 ans d'exercice comme seule valable, soit garder les deux conditions suivantes (3 ans d'exercice et âge minimum 30 ans), soit supprimer toute condition; ceci permettant d'assurer une meilleure représentation des jeunes médecins.

Il faudrait prévoir, d'autre part, rapidement, dans quelles conditions les médecins ressortissant des pays membres de la C.E.E installés en France seraient électeurs et éligibles.

d. Rôle des suppléants.

Les suppléants, dont le nombre doit être réduit, devraient siéger de droit dans les commissions de travail et participer aux séances des conseils avec voix consultative. Ceci aurait l'avantage de les former ainsi pour un éventuel mandat de titulaire.

Il serait donc nécessaire en ce sens que le Conseil National comporte également des suppléants.

2. REFORMES CONCERNANT LA TRANSPARENCE ET LES GARANTIES DU CONSEIL DE L'ORDRE

Dans le système ordinal actuel, la jurisprudence émanant du Conseil d'Etat règle de manière précise et satisfaisante, le recueil des plaintes, l'instruction contradictoire, la communication des dossiers, la désignation du rapporteur, les récusations, certains aspects de la procédure et le respect du secret professionnel.

a. Afin d'assurer des garanties et une transparence totale du Conseil de l'Ordre plusieurs choses mériteraient d'être modifiées.

Il faudrait redéfinir en particulier, dans quelles conditions le Conseil Départemental saisi d'une plainte transmet le dossier au Conseil Régional et préciser les situations où il agit sur sa propre initiative. (autorisé par l'article L 417).

En effet, les plaignants ont trop souvent l'impression que l'Ordre Départemental se contente d'une réponse dilatoire de ceux qui sont mis en cause, ne poussant pas les recherches plus en avant, lorsque l'action est dirigée contre un organisme ou un praticien honoré.

On pourrait donc envisager de donner à l'Ordre Départemental le pouvoir d'effectuer des enquêtes contradictoires préliminaires sur les plaintes et informations dont il a connaissance et sur les éventuels moyens d'action.

L'Ordre National doit veiller à ce que les dispositions de l'article L.417 soient rigoureusement appliquées, la transmission de la plainte devant toujours être accompagnée d'un avis motivé de l'Ordre Départemental.

Le directeur de la DASS devrait être habilité à mettre en demeure de poursuivre .

b. Les débats médicaux sont souvent source de problèmes.

La publicité de ces débats devrait être assurée dans le respect du secret professionnel et de la vie privée, c'est à dire avec la possibilité pour le Président de prononcer le huis clos pour les affaires touchant au secret médical; ce qui est irréalisable en pratique.

c. La validité des délibérations et des décisions du conseil

nécessite actuellement la présence des membres adjoints au Conseil Régional ou de la majorité d'entre eux (soit trois sur cinq au moins); ceci même s'ils n'ont qu'une voix consultative. L'un d'eux pourrait d'ailleurs exercer les fonctions de ministère public.

Mais cela semble difficile à réaliser en pratique. Et dans un contexte de refonte totale des Conseils avec création de Conseils Inter-régionaux présidés par un Magistrat, le mieux serait peut être de supprimer ces membres adjoints.

Par ailleurs, il faut prévoir que les Conseils Inter-régionaux statuent en matière disciplinaire. Un membre du corps des tribunaux administratifs et des Cours Administratives d'Appel, en activité, devrait donc participer aux séances avec voix consultative; ceci étant le cas pour la section des assurances sociales du même conseil.

L'article L.417 prévoit qu'un Conseil Régional n'ayant pas statué dans les six mois peut être dessaisi par le Conseil National au profit d'un autre Conseil. Il convient donc, pour assurer l'efficacité de cet article, de prévoir une procédure précise de clôture du dossier.

Les plaignants doivent avoir connaissance des dossiers et motifs du jugement devant le Conseil Départemental.

L'échelle des peines doit être assouplie en prévoyant la possibilité du sursis pour les suspensions temporaires.

D'autre part les citoyens doivent être garantis face à l'infirmité ou l'état pathologique d'un praticien rendant dangereux l'exercice de la profession.

Ainsi les Présidents des Conseils Régionaux (sous leur responsabilité propre ou après avis du Bureau), les Préfets ou le Président du Tribunal Administratif ou de la Cour d'Appel devraient avoir la possibilité de suspendre d'urgence un médecin à titre conservatoire pour le cours laps de temps nécessaire à la mise en oeuvre des lourdes dispositions légitimement très protectrices des droits de l'individu (article L. 460) .

Le recours en référé, devant le Tribunal Administratif, du praticien suspendu est de droit.

Enfin toujours dans un souci de transparence, les comptes de l'Ordre devraient être vérifiés par les Cours Régionales des Comptes, périodiquement.

L'indemnisation de façon transparente sur les fonds de l'Ordre doit être envisagée pour les conseillers, afin que de jeunes médecins soient disponibles pour cette tâche.

Actuellement les conseillers effectuent leur tâche bénévolement, seuls les déplacements sont remboursés sur une base forfaitaire, afin d'assister aux réunions.

3. REFORME CONCERNANT LE RESPECT DE L'EGALITE ENTRE LES MEDECINS.

L'égalité entre les médecins doit être respectée. Il est nécessaire pour cela que l'article L.418 du Code de la Santé Publique soit supprimé ou profondément remanié.

Cet article prévoit des conditions limitatives à la traduction devant les instances disciplinaires d'un médecin inscrit à l'Ordre chargé d'un service public.

Il contribue ainsi largement à donner au public l'impression qu'il est impuissant face aux médecins hospitaliers et permet surtout entre les médecins hospitaliers publics des pratiques inacceptables dont certaines ont eu de graves répercussions.

Ceci nuit aux affectations et mutations des praticiens hospitaliers et altère l'image du corps médical. S'il est admis qu'il faille cependant protéger les médecins-conseils contre de nombreuses plaintes abusives, le mieux serait de compléter cet article par une disposition obligeant le Directeur Départemental de la DASS saisi par un Conseil Départemental, à motiver un éventuel refus de poursuite, dans un délai de trois mois au delà duquel le refus tacite serait réputé.

Le Conseil Départemental pourrait alors faire appel devant le Ministre.

Ainsi si l'article L.418 était purement et simplement abrogé il importerait que les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires rentrant alors dans le droit commun ne soient plus soumis à raison des mêmes faits au conseil de discipline prévu dans leurs statuts.

4. REFORMES CONCERNANT LE CHAMP DE COMPETENCE DE L'ORDRE.

Sur le plan disciplinaire, il faudrait redéfinir le champ de la compétence de l'Ordre.

Actuellement l'importance considérable de la Sécurité Sociale dans la pratique des médecins aboutit à certaines confusions et ambiguïtés.

A côté de la section disciplinaire du Conseil Régional et du Conseil National de l'Ordre régie par le Code de la Santé Publique ont été créés une section des assurances sociales du Conseil Régional et une autre du Conseil National, toutes deux juridictionnelles.

La section du Conseil Régional est présidée par un Conseiller du Tribunal Administratif et l'autre section par un Conseiller d'Etat siégeant à la section disciplinaire.

Le Conseil d'Etat a maintes fois jugé que le principe d'indépendance des instances disciplinaires est consacré vis à vis des instances administratives et que les Conseils de l'Ordre peuvent instruire à la fois les plaintes déposées par une Caisse Primaire de Sécurité Sociale et celles déposées par un tiers.

Il peut donc ainsi condamner le praticien sur les deux terrains. Or cette situation aboutit à ce qu'un même fait puisse être sanctionné par les tribunaux de droit commun, la section disciplinaire de l'Ordre et la section des assurances sociales du même conseil. Ce qui est particulièrement choquant.

Ainsi pour un même fait, la section disciplinaire peut infliger une suspension pour une certaine période et la section des assurances sociales, une interdiction de délivrer des soins aux assurés sociaux pour une période différente.

Il importe donc de sortir de cette situation. Trois solutions ont été déposées dans le rapport TERQUEM . En premier lieu, délimiter le champ de compétences des juridictions semble difficile à mettre en oeuvre. En effet les honoraires abusifs, les erreurs délibérées de cotation, le refus de signer les feuilles de soins, ou les irrégularités répétées dans leur établissement etc... sont à la fois préjudiciables aux assurés défendus par les caisses et aux caisses elles mêmes, et contraire au Code de Déontologie. De ce fait on perçoit mal quelle juridiction l'emporterait sur l'autre.

D'autre part, confondre les deux sections se heurte à leur composition même. Il est en effet impossible de faire siéger les représentants non médecins de la Sécurité Sociale dans les instances disciplinaires.

Il pourrait toutefois être envisagé que la Sécurité Sociale soit représentée uniquement par des médecins-conseils ou que sa composition soit celle de la section disciplinaire. Malgré tout si la Sécurité Sociale porte plainte, elle pourrait être habilitée à jouer le rôle de Ministère Public.

En fait, instaurer le principe de non cumul des peines décidées par ces deux juridictions semble mieux adapté. La faute la plus lourde engloberait donc la plus légère. De plus, la disposition selon laquelle un médecin radié peut demander à être relevé de cette sanction après un délai de trois ans devrait être commune aux deux sections.

5. REFORME CONCERNANT L'INDEPENDANCE DES MEDECINS.

De la même manière, l'indépendance des médecins doit être défendue par le Conseil de l'Ordre. Plusieurs articles y font référence:

L'**article 10** du Code de Déontologie stipule que: "Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit" .

L'**article 75** du même code précise " qu'en aucune circonstance, le médecin ne peut accepter de limitation à son indépendance de la part de l'entreprise qui l'emploie".

L'**article 71** prévoit que les contrats d'association ou de société entre médecins doivent être communiqués à l'Ordre, et **les articles 77, 78**, la communication des contrats intervenus entre médecins et toute entreprise, collectivité ou institution publique ou privée. La difficulté réside dans le fait que ces deux derniers articles figurent dans un chapitre intitulé "exercice salarié de la médecine."

Or les cliniques privées conventionnées constituent l'instrument de travail de 15 à 20.000 spécialistes libéraux utilisateurs d'un plateau technique lourd, qui exercent encore souvent sans contrat et ne sont pas salariés .

Depuis peu ces établissements font l'objet de transformations importantes: regroupement, changement de propriétaires, investissements non médicaux, aboutissant à la création de "chaines de cliniques" de types différents, mais ayant toutes pour objet une amélioration de la gestion et une recherche de rentabilité. Ce phénomène atteint aujourd'hui 75 établissements et 6352 lits. Encore marginal, il progresse rapidement.

Il existe en effet un réel danger car cette situation de recherche de rentabilité associée à la difficulté d'installation et d'exercice des praticiens qui ont besoin de beaucoup de matériel, risque de peser à plus ou moins long terme sur l'indépendance des médecins et sur leur liberté de prescription.

Il faut reconnaître que l'Ordre est mal armé face à des contrats inexistantes ou non respectés et désarmé face à des gestionnaires non médecins qui ne ressortent pas de sa compétence. Il ne peut donc, le cas échéant, que sanctionner les praticiens victimes de pression.

Ce danger risque de gagner peu à peu toutes les formes de l'exercice médical, en particulier, les cabinets de groupe ou de radiologie, et les médecins-conseil des compagnies d'assurance.

D'après J. TERQUEM, garantir les citoyens et la Sécurité Sociale contre toute dérive signifie que l'Ordre soit garant du respect des clauses des contrats (notamment celles concernant la stabilité professionnelle) et que les établissements privés dans lesquels travaillent les médecins, soient régis par une ou des conventions types analogues à celles qui régissent les rapports entre Sécurité Sociale et établissements.

Pour permettre cela, il faudrait que dans la future loi hospitalière, la constitution d'une commission médicale, interlocuteur obligé du gestionnaire soit maintenue au sein des établissements privés. Auquel cas l'Ordre pourrait se porter partie civile aux côtés de celle-ci (par analogie avec ce qui est permis aux associations conformément à l'article 2 du Code de Procédure Pénale) ou même se substituer à cette commission pour attirer en justice les gestionnaires abusifs.

6. REFORME DE LA FORMATION ET DE L'INFORMATION DES MEDECINS.

Selon l'article 16 du Code de Déontologie " Les médecins ont le devoir d'entretenir et de perfectionner leurs connaissances". Les mutations rapides, diagnostiques et thérapeutiques rendent ce devoir de plus en plus impérieux. Il semble évident que cette formation doit être exempte de toute pression économique ou financière, directe ou indirecte.

L'organisation de la formation médicale continue existe depuis de nombreuses années. Elle fut précisée à nouveau lors de la signature de la dernière convention.

Un comité national de la formation continue au sein duquel sont représentés l'Ordre, les universités, les associations et les syndicats, assistés des Conseils Régionaux agréé un certain nombre de thèmes de formation.

Le Fond d'Assurance Formation (F.A.F) dont le budget 91 a été de 91 millions de francs, prend en charge financièrement cette formation, la C.N.A.M finançant, quant à elle, l'indemnisation des médecins (soit 15 C par jours 10 jours par ans par médecin.)

Il semble donc suffisant pour l'instant que l'Ordre représenté au sein du Comité National veille à ce que cette première expérience fasse ses preuves.

Dans un deuxième temps, l'Ordre pourrait jouer un rôle plus actif dans l'organisation de la formation médicale. Ce rôle pourrait prendre trois formes encore que le syndicat des médecins généralistes y soit très hostile.

En effet, les médecins devraient communiquer périodiquement à l'Ordre ou aux Conseils Régionaux les modalités selon lesquelles ils auraient suivi les indications de l'article 16. Il s'agirait en fait d'une sorte de contrôle car l'Ordre aurait le pouvoir de recommander à tout médecin de suivre une formation valable et reconnue.

Une autre proposition figurant dans le rapport des médiateurs de 1983 avait été retenue. Il s'agissait d'une convention promotionnelle permettant par substitution au secteur II un dépassement d'honoraires totalement remboursé par les caisses. L'Ordre, plus ou moins adjoint aux représentants de l'agence nationale d'évaluation et des syndicats concernés, validerait la qualité des formations ouvrant ce droit et sa pérennité. On voit là, que tout médecin serait à la merci de l'Ordre et des Syndicats, voyant son salaire varier en fonction de son assiduité et de la validation de sa formation médicale.

Par contre l'Ordre pourrait raisonnablement favoriser la création d'outils informatiques d'enseignement et contribuer à créer des banques de données et de connaissances médicales.

7. REFORME CONCERNANT L'INFORMATION DES CITOYENS SUR LES QUESTIONS MEDICALES.

Informar les citoyens sur les questions médicales ne doit pas être fait sans réflexions préalables. L'intérêt du public pour la médecine croît de façon considérable à notre époque et l'information médicale arrive en tête de l'information scientifique réclamée.

Actuellement, elle se fait de façon plus ou moins réfléchie par la presse régionale et nationale, par la radio et la télévision ou par une presse spécialisée prospère.

Plusieurs questions sont ainsi posées: Cette information est-elle vraiment bénéfique pour les citoyens?. Quel est son prix pour la société?.

A l'heure actuelle, il est impossible de chiffrer le coût de la stimulation de la consommation médicale induite par les médias, pas plus que les économies permises par certains dépistages précoces.

De plus, on se demande parfois si cette information est toujours objective. En fait, n'incite-t-elle pas, même inconsciemment, à valoriser les réussites et à taire les échecs ou les complications iatrogènes contrairement à la réserve réclamée par l'article 31 du Code de Déontologie. Quelle est la limite entre information et publicité, voire l'incitation à une consommation exagérée d'actes?.

Il serait peut être nécessaire que le Ministère de la Santé, assisté par l'Ordre, le Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale et l'agence d'évaluation mettent en place un organisme national d'information sur la santé. Ce dernier regrouperait des médecins et des journalistes spécialisés susceptibles de donner objectivement les réponses les plus récentes aux demandes d'informations. Il pourrait favoriser l'éclosion attractive d'émissions préventives sur les maladies et les accidents, les habitudes souhaitables pour éviter certaines maladies invalidantes, s'opposant ainsi à certaines émissions à sensation.

Cet organisme devrait aussi veiller à ce que, sous peine de poursuites ordinaires, le médecin participant à une émission observe réserve et prudence et qu'il se conforme au Code de la Sécurité Sociale qui impose entre autre, qu'entre deux traitements équivalents, le moins coûteux soit privilégié.

De même le médecin devrait s'interdire toute information insuffisamment contrôlée tendancieuse, spectaculaire ou publicitaire directement ou indirectement.

Il y aurait donc là quelques modifications à apporter aux articles 23, 27, 31 et 33 du Code de Déontologie en s'inspirant éventuellement des codes Belges ou Danois.

De plus, l'Ordre devrait bénéficier d'un droit de réponse pour toute émission ou toute information médicale importante et en user, dans un esprit pédagogique et objectif.

Ces différentes propositions évoquées tout au long du rapport de Mr J. TERQUEM, Conseiller d'Etat ont été examinées ensuite par le cabinet du Ministre des Affaires Sociales et de la Solidarité afin d'être transformé en projet de loi qui fut lui même discuté et voté à la session d'automne 1991. Les élections des conseillers et des présidents n'eurent lieu qu'en janvier 1992. Cette loi nouvelle, codifiée immédiatement dans le Code de la Santé Publique devra respecter les dispositions de la Constitution en contenant seulement des principes strictement législatifs, renvoyant au décret en Conseil d'Etat des dispositions manifestement réglementaires.

C. PROPOSITIONS RETENUES PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE.

Le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité a élaboré une note d'orientation en s'appuyant sur le rapport TERQUEM et prévoit les dispositions suivantes concernant notamment la représentativité de l'Ordre.

* Dans les départements comprenant un nombre de médecins supérieur ou égal à 1000, il est prévu d'élire les conseillers départementaux de l'Ordre au scrutin de liste proportionnel à un tour. Par contre, dans les départements comprenant moins de 1000 médecins l'élection des conseillers départementaux au scrutin uninominal majoritaire à un tour est maintenue.

* Les élections des conseillers départementaux de l'Ordre seront organisées non plus au sein d'un collège unique mais au sein de plusieurs collèges:

-3 collèges dans les départements ayant un nombre de médecins supérieur ou égal à 1000; collège de médecins libéraux, collège de médecins hospitaliers du secteur public ou privé participant au service public, collège des médecins salariés non hospitaliers.

-2 collèges dans les départements ayant un nombre de médecins inférieur à 1000: collège de médecins libéraux et collège de médecins salariés (hospitaliers et non hospitaliers.).

* Les électeurs de chaque collège éliront leurs représentants et les sièges au Conseil Départemental seront répartis entre les collèges proportionnellement au nombre de médecins inscrits dans les départements. De la même manière le nombre de membres de chaque Conseil Départemental est fonction du nombre de médecins dans le département.

* Les Conseils Régionaux de l'Ordre sont remplacés par des Conseils Inter-régionaux au nombre de 9. Les conseillers départementaux de chaque inter-région éliront ainsi leurs représentants au Conseil Inter-régional par collège au scrutin uninominal majoritaire à 1 tour. Les sièges du Conseil Inter-régional sont répartis entre les collèges proportionnellement au nombre de médecins inscrits dans chacun d'entre eux, dans l'inter-région.

Ce Conseil Inter-régional aura une fonction disciplinaire, sera présidé par un magistrat du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel mais demeure présidé par un médecin pour l'exercice de ces autres fonctions. (Appel concernant l'inscription au Tableau de l'Ordre, rôle consultatif vis à vis des pouvoirs publics, mise en oeuvre de la procédure de suspension à l'encontre d'un médecin devenu dangereux.).

La fonction de Conseiller Juridique adjoint à l'instance disciplinaire régionale avec voix consultative est en conséquence supprimée.

D'autre part, les membres élus du Conseil National de l'Ordre seront désignés comme suit:

Les Conseillers Départementaux de chaque inter-région devront élire leurs représentants au Conseil National par collège au scrutin uninominal majoritaire à 1 tour. Les sièges au Conseil National seront répartis entre les inter-régions toujours en fonction du nombre de médecins et entre les collèges en fonction du nombre de médecins inscrits dans chacun d'eux. Le principe de cooptation des membres du Conseil National de l'Ordre est donc supprimé.

La condition d'âge minimal pour l'éligibilité dans les divers instances de l'ordre étant supprimée, seules demeurent la condition de nationalité française et la condition de durée minimale d'inscription à l'ordre de trois ans.

L'incompatibilité entre un mandat au sein de l'ordre et un mandat au sein d'une organisation syndicale est renforcée. Ne portant jusque là que sur les mandats de Président et de Trésorier, elle est désormais étendue au mandat de Secrétaire Général. De même, une incompatibilité entre les fonctions de Conseiller Départemental et de Conseiller Inter-régional de l'Ordre est instituée.

La durée des mandats de Conseillers Départementaux, Inter-régionaux et Nationaux est fixée à 6 ans. Les conseillers arrivant en fin de mandat ne sont rééligibles qu'une seule fois de façon consécutive pour le même mandat. Ils redeviennent seulement éligibles après une période d'interruption de 6 ans. Les Conseils Départementaux, Inter-régionaux et National sont renouvelés par moitié tous les 3 ans.

Parallèlement la durée des mandats de Président des Conseils Départementaux, Inter-régionaux et National est fixée à 3 ans; ces mandats n'étant renouvelables de façon consécutive qu'une seule fois (de la même manière que pour les conseillers).

Quant au nombre de membres suppléants des Conseils Départementaux et Inter-régionaux, il est réduit. Par contre leur rôle est renforcé car ils remplacent les titulaires empêchés de siéger au Conseil Départemental et non plus seulement ceux qui cessent leur fonction en cours de mandat.

Ils peuvent ainsi assister aux réunions des instances auxquelles ils appartiennent, comme auditeurs à l'exclusion toutefois du délibéré dans les instances de l'Ordre réunies en formation disciplinaire.

D'autre part, dans un souci d'amélioration de la transparence, et afin de remplacer le droit des plaignants et des personnes mises en cause dans les instances disciplinaires de l'Ordre, les dispositions suivantes ont été prises: Tout d'abord, les conditions dans lesquelles les praticiens chargés d'un service public peuvent être traduits devant les instances disciplinaires de l'Ordre ont été modifiées. Ces praticiens peuvent être traduits devant le Conseil Inter-régional à l'occasion des actes de leur fonction publique, par le Ministre chargé de la Santé, le Préfet du département ou le Procureur de la République. Le Conseil Départemental peut également porter plainte auprès du Préfet du département contre un de ces médecins. En ce cas, le Préfet traduit le médecin concerné devant le Conseil Inter-régional de l'Ordre ou prend une décision de rejet motivée. A ce sujet, le silence gardé par le Préfet pendant 4 mois équivaut à un rejet.

A noter toutefois que, la décision de rejet du Préfet est susceptible de recours du Conseil Départemental auprès du Ministre Chargé de la Santé.

Les débats dans les instances juridictionnelle de l'Ordre au niveau national et inter-régional seront désormais publics. Le Président ayant la possibilité de prononcer le huis-clos pour toute ou une partie de l'audience dans l'intérêt de la moralité ou de l'ordre public ou même lorsque la protection de la vie privée notamment le secret médical le justifie.

Chacune des parties intéressées peut demander le huis-clos pour les mêmes motifs.

Les personnes dont la plainte a provoqué la saisine des instances disciplinaires de l'Ordre auront désormais accès aux dossiers et le jugement complet leur sera communiqué. Ils auront en outre la possibilité d'assister aux audiences.

Le délai de transmission d'une plainte par le Conseil Départemental de l'Ordre au Conseil Inter-régional est fixé à trois mois. Par contre dans le cas où le Conseil Départemental estime ne pas devoir transmettre la demande dont il est saisi au Conseil Inter-régional sa décision motivée est notifiée au plaignant.

Le silence gardé pendant trois mois par le Conseil Départemental vaut décision de rejet, cette décision pouvant faire l'objet d'un recours devant le Conseil Inter-régional dans un délai de 2 mois.

L'échelle des peines que peuvent infliger les instances disciplinaires et les sections des assurances sociales de l'Ordre a été assouplie par l'institution d'une possibilité de sursis pour les suspensions d'exercice ou les suspension de dispensations des soins aux assurés sociaux.

Si le médecin récidive et s'il est à nouveau sanctionné, la juridiction disciplinaire peut décider la révocation en totalité ou en partie du sursis précédemment accordé.

Le non cumul des peines disciplinaires avec les sanctions infligées par les sections des assurances sociales a été instauré; la peine la plus lourde absorbant la plus légère. Ainsi, si un médecin est frappé d'une interdiction permanente de donner des soins aux assurés sociaux, il a désormais la possibilité de demander à être relevé de cette sanction dans un délai de trois ans à la section des Assurances Sociales (comme il peut déjà le faire pour une sanction analogue auprès des instances disciplinaire de l'Ordre).

La compétence des sanctions des assurances sociales de l'Ordre est élargie aux faits accomplis par les remplaçants d'un médecin comme cela existe déjà en matière disciplinaire.

D'autre part, si un médecin est dangereux dans l'exercice de sa profession secondairement à une infirmité ou un état pathologique, le Préfet peut désormais procéder à une suspension d'urgence. Il prononce dans ce cas la suspension immédiate du droit d'exercer la médecine pour une durée maximale de 1 mois, renouvelable 2 fois.

Sa décision sera prise après avis du Président du Conseil Départemental de l'Ordre.

Simultanément, le Conseil Inter-régional de l'Ordre est saisi en vue de la mise en oeuvre de la procédure de suspension de droit commun.

La Commission de Contrôle des Comptes et Placements Financiers, placée auprès du Conseil National de l'Ordre est désormais présidée par un Conseiller-Maître à la Cour des Comptes et elle vérifie les comptes et placements financiers de l'ensemble des instances de l'Ordre.

Il faut adapter, en plus, les moyens dont dispose l'Ordre pour garantir l'indépendance des médecins.

Pour cela, les Conseils Inter-régionaux seront dotés d'un rôle consultatif auprès des Préfets de région de l'inter-région, pour les sujets entrant dans les compétences de l'Ordre.

Le Conseil Départemental de l'Ordre aura la possibilité d'aller en justice, en lieu et place d'un médecin ou à ses côtés, lorsque l'indépendance d'un médecin ou la possibilité d'exercer son activité conformément aux règles de déontologie seront mises en causes.

Ce peut être le cas, à l'occasion de contrats passés par le médecin pour l'exercice de son activité professionnelle.

Cette possibilité est ouverte devant les juridictions civiles et pénales. Mais, pour que le Conseil de l'Ordre puisse ainsi intervenir il doit en informer préalablement l'intéressé, et celui-ci ne doit pas s'y être opposé dans un délai de 15 jours à compter de la date à laquelle le Conseil de l'Ordre lui a notifié son intention.

Cela laisse donc toute liberté d'action au médecin concerné.

Cette note d'orientation élaborée par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité a servi de base à un projet de loi relatif aux professions de santé qui a été déposé le 24 octobre 1991 sur le bureau de l'Assemblée Nationale.

D. PROJET DE LOI RELATIF AUX PROFESSIONS DE SANTE 1991-1992.

Ce projet de loi contient entre autres, des articles concernant l'Ordre des médecins mais, il ne touche pas aux missions de notre organisme qui restent inchangées, semblables à celles fixées le 24 septembre 1945.

1. AMENAGEMENT DE L'ORGANISATION DE L'ORDRE DES MEDECINS.

L'évolution du monde médical rend nécessaire une réforme visant à assurer une meilleure représentation au sein de cette institution des diverses formes d'exercice de la médecine.

En conséquence, des collèges sont institués pour les élections aux diverses instances départementales, régionales et nationales de l'Ordre. Ces collèges correspondent à chaque secteur d'exercice (généralistes libéraux, spécialistes libéraux, hospitaliers, salariés); les sièges étant attribués à chaque collège dans les Conseils Départementaux, Régionaux et National, en fonction des effectifs des médecins en exercice dans chacun des secteurs correspondants.

Dans les instances disciplinaires de l'Ordre, chaque collège dispose d'au moins un siège.

Les règles d'éligibilité sont aménagées: la condition d'âge minimal est supprimée, seule demeure une condition de durée minimale d'exercice professionnel.

D'autre part les règles d'incompatibilité entre un mandat au sein de l'Ordre et dans une organisation syndicale de médecins sont renforcées ainsi qu'une incompatibilité entre les fonctions de Conseiller Départemental et de Conseiller Régional.

Enfin le renouvellement régulier et la mobilité au sein de l'Ordre sont favorisés. La durée des mandats dans les diverses instances de l'Ordre est fixée à 6 ans, renouvelable. Les Conseillers de l'Ordre ne peuvent effectuer toutefois plus de deux mandats successifs. Par contre, le rôle des suppléants est renforcé: Ils pourront désormais assister aux réunions en présence des titulaires et les remplacer quant ils sont empêchés.

2. DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORDRE DES MEDECINS.

Le présent projet de loi relatif aux professions de santé, délibéré en Conseil des Ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée Nationale par le Ministre délégué à la Santé, chargé d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

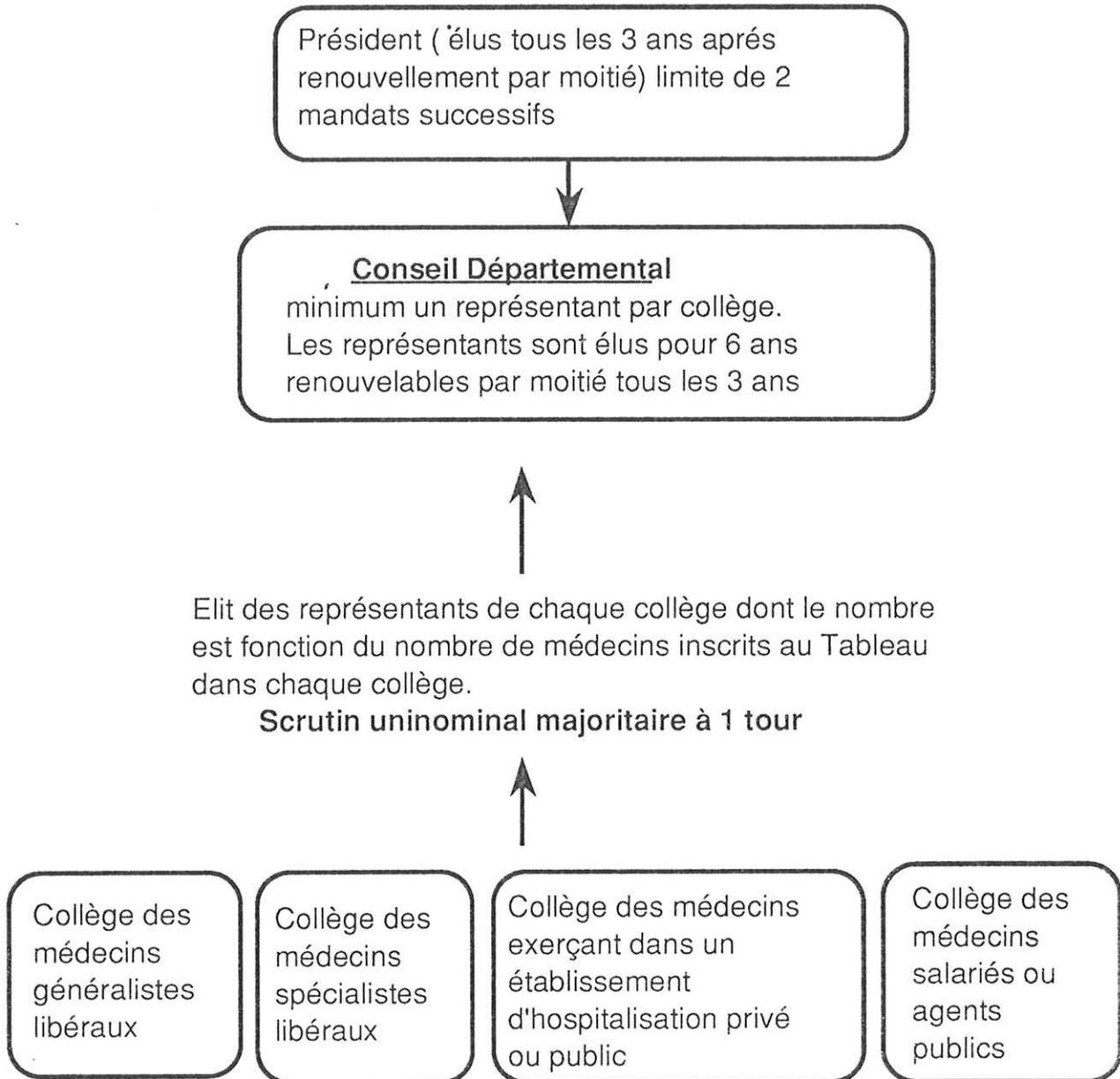
L'article L.385 du Code de la Santé Publique a été remplacé par les dispositions suivantes: Les membres du Conseil Départemental de l'Ordre sont élus par les médecins inscrits au tableau du département, au scrutin uninominal majoritaire à 1 tour. Pour l'élection les médecins sont désormais répartis en 4 collèges en fonction de leur mode d'exercice professionnel:

- * Un collège de médecins exerçant à titre principal comme généralistes libéraux.
- * Un collège de médecins exerçant à titre principal comme spécialistes libéraux.
- * Un collège de médecins exerçant à titre principal dans un établissement d'hospitalisation public ou privé admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.
- * Un collège de médecins exerçant à titre principal comme salarié ou agents publics, autre que ceux visés ci-dessus.

Les médecins n'étant éligibles qu'au titre des collèges auxquels ils appartiennent.

A noter que les médecins ayant fait liquider leur pension de retraite sont électeurs et éligibles dans le collège correspondant à l'activité qu'ils exerçaient en dernier lieu à titre principal.

● LES CONSEILS DEPARTEMENTAUX PROPOSES PAR LE
PROJET DE LOI DE 1991-1992



Les suppléants sont élus dans les mêmes conditions.

Les modalités de répartition des sièges entre les collèges, en fonction du nombre de médecins qui relèvent de chacun d'eux dans le département, sont fixés par voix réglementaire. Chaque collège dispose d'un représentant au moins au Conseil Départemental.

Le Président et les membres de ce conseil sont élus pour 6 ans et rééligibles dans la limite de 2 mandats successifs.

Le Conseil Départemental est renouvelable non plus par tiers tous les 2 ans mais par moitié tous les 3 ans. Après chaque renouvellement, il élit son Président; de sorte qu'un Président du Conseil Départemental n'assume ses fonctions que pendant 6 ans maximum.

Par conséquent, les articles L.386 et L.389 du Code de Santé Publique concernant les anciennes modalités d'élections ont été abrogées.

D'autre part, les mots "agés de trente ans révolus" ont été supprimés dans l'article L.387 du Code de Santé Publique, afin de permettre aux jeunes populations de médecins d'être mieux représentés au Conseil de l'Ordre.

L'article L.390 du Code de Santé Publique concernant les conditions d'éligibilité des membres suppléants est remplacé par les dispositions suivantes:

Ces membres sont élus, renouvelés et rééligibles dans les mêmes conditions que les membres titulaires et au cours du même scrutin. Le nombre des médecins est fixé par voie réglementaire. Ces suppléants remplacent temporairement les membres titulaires empêchés de siéger et définitivement ceux qui viennent de cesser leur fonction pour une cause quelconque avant la fin de leur mandat. Dans ce dernier cas, la durée de fonction des membres suppléants est celle qui restait à courir jusqu'à la date à laquelle aurait expiré le mandat de ceux qu'ils remplacent.

L'article L.393 a été modifié: Les élections peuvent être déferées non plus à l'ensemble du Conseil Régional, mais à la chambre disciplinaire (équivalente de l'ancienne section disciplinaire) du Conseil Régional. La décision de cette chambre peut être frappée d'appel devant la chambre disciplinaire d'appel du Conseil National dans un délai de 30 jours.

Le Conseil Départemental de l'ordre ne peut plus créer des organismes de coordination avec les autres Conseils Départementaux, sous contrôle du Conseil National de l'Ordre car l'article concerné a été abrogé.

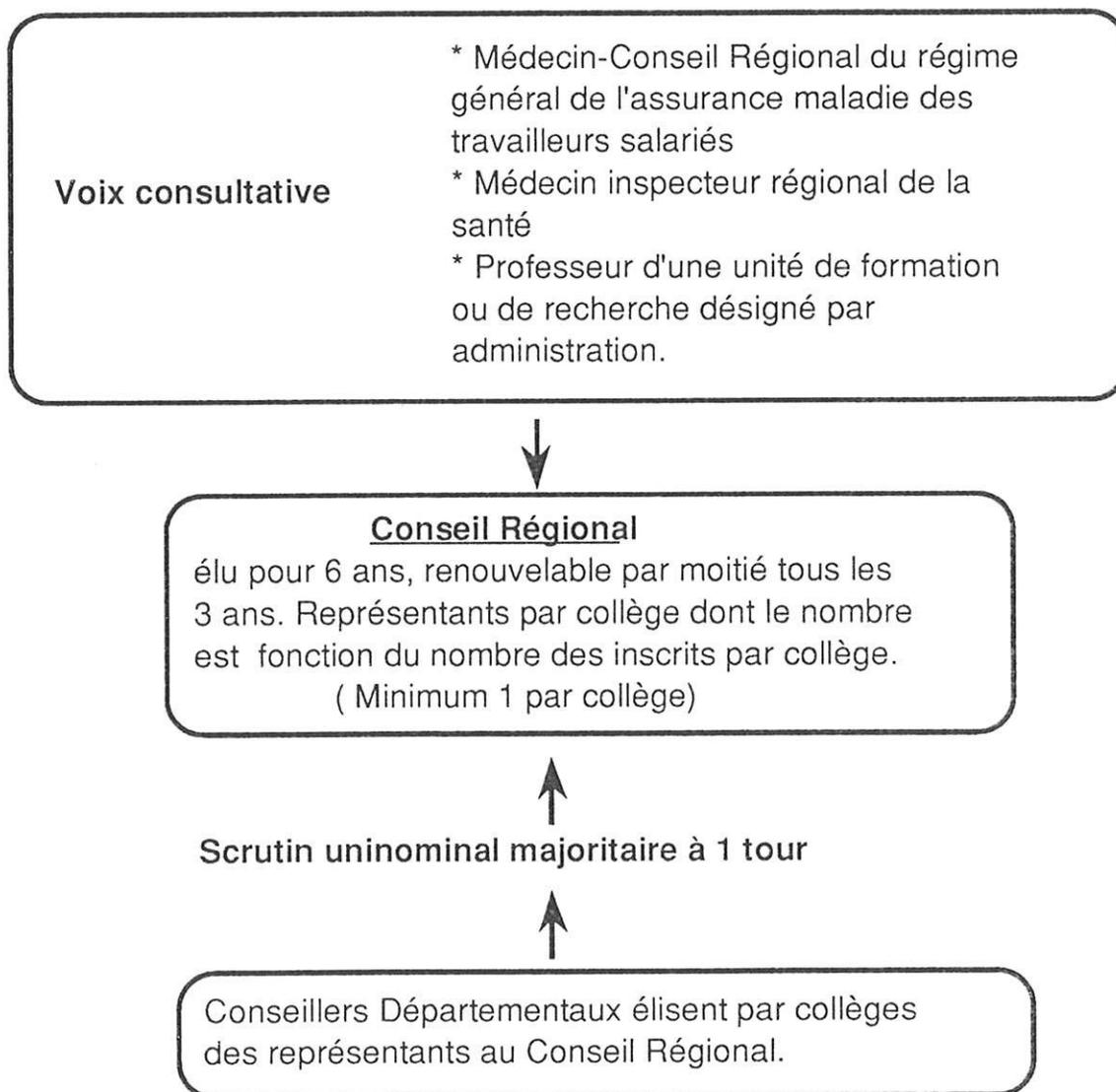
L'article L.395 du Code de la Santé Publique concerne les pouvoirs disciplinaires du Conseil Départemental.

Dans le nouveau projet de loi de 1991-1992, le Conseil Départemental n'ayant toujours pas de pouvoirs disciplinaires, doit non seulement transmettre les affaires en Conseil

Régional avec avis motivé dans un délai de 2 mois, mais aussi aviser aussitôt l'auteur des plaintes de sa démarche; à défaut de quoi ce dernier peut saisir la chambre disciplinaire du Conseil Régional.

L'article L.398 concernant le nombre de membres titulaires ou suppléants siégeant au Conseil Régional a été modifié. Les Conseils Départementaux étant représentatifs de 4 collèges de médecin selon les diversités de la profession, les Conseils Régionaux doivent aussi être modifiés en ce sens.

● **LES CONSEILS REGIONAUX PROPOSES PAR LE PROJET DE LOI DE 1991-1992**



Les suppléants sont élus dans les mêmes conditions par collèges.

Ainsi, les membres du Conseil Régional sont élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour pour 6 ans par les Conseillers Départementaux de la région et non plus pour 9 ans. Ces derniers participent à l'élection dans le cadre du collège au titre duquel ils ont été élus.

Pour l'élection, les Conseillers départementaux sont ainsi répartis entre les 4 collèges mentionné à l'article L.385, un médecin n'étant éligible qu'au titre du collège auquel il appartient.

Le Conseil Régional est composé d'un nombre de membres fixé par voie réglementaire, en fonction des effectifs des médecins inscrits aux derniers Tableaux publiés dans la région.

Les modalités de répartition des sièges dans les collèges, en fonction du nombre de médecins qui relèvent de chacun d'eux dans la région sont aussi fixées par voie réglementaire et chaque collège dispose d'au moins un représentant au Conseil Régional.

Les conditions d'éligibilité et de rééligibilité sont les mêmes que pour les Conseillers Départementaux. De même le Conseil Régional est renouvelable par moitié tous les trois ans, date à laquelle il élit son président qui est, lui aussi rééligible dans la limite de 2 mandats successifs.

Les conditions d'élection et de travail des suppléants des conseillers régionaux sont les mêmes que ceux des conseillers départementaux.

Les articles L.400 et L.401 du Code de Santé Publique concernant les dispositions spécifiques à Paris et sa région n'ont par conséquent plus lieu d'être et sont donc abrogés.

L'article L.402 du même code stipule "qu'un médecin inspecteur régional de la santé, un professeur régional d'unité de recherche et de formation en médecine et un médecin-conseil régional du régime général d'assurance maladie des travailleurs salariés, seront adjoints avec voix consultative à l'ensemble du Conseil Régional.

Le professeur régional de médecine est désigné par l'autorité administrative et le médecin conseil-régional du régime général d'assurance maladie représente le Ministre chargé de la Sécurité Sociale pour les affaires relevant de l'application des lois sur la Sécurité Sociale.

Les attributions du Conseil Régional définies aux articles L.393, L.415, L.417 à L.428 et L.460 sont inchangées. Par contre, le Conseil Régional assure en plus la coordination de l'activité des Conseils Départementaux de la région; et il est consulté sur les questions qui lui sont soumises par le représentant de l'état dans la région.

L'article L.404 du Code de Santé Publique concernant la formation et la composition du Conseil National a été modifié. Rappelons en effet que jusqu'à la parution de ce projet de loi, le Conseil National de l'Ordre était composé de 32 membres élus pour 6 ans par les Conseillers Départementaux, de 2 membres représentant les D.O.M-T.O.M, d'un membre de l'Académie Nationale de Médecine et de 3 membres cooptés. Désormais le nombre des membres du Conseil National de l'Ordre sera fixé par voie réglementaire.(comme tous les autres Conseils).

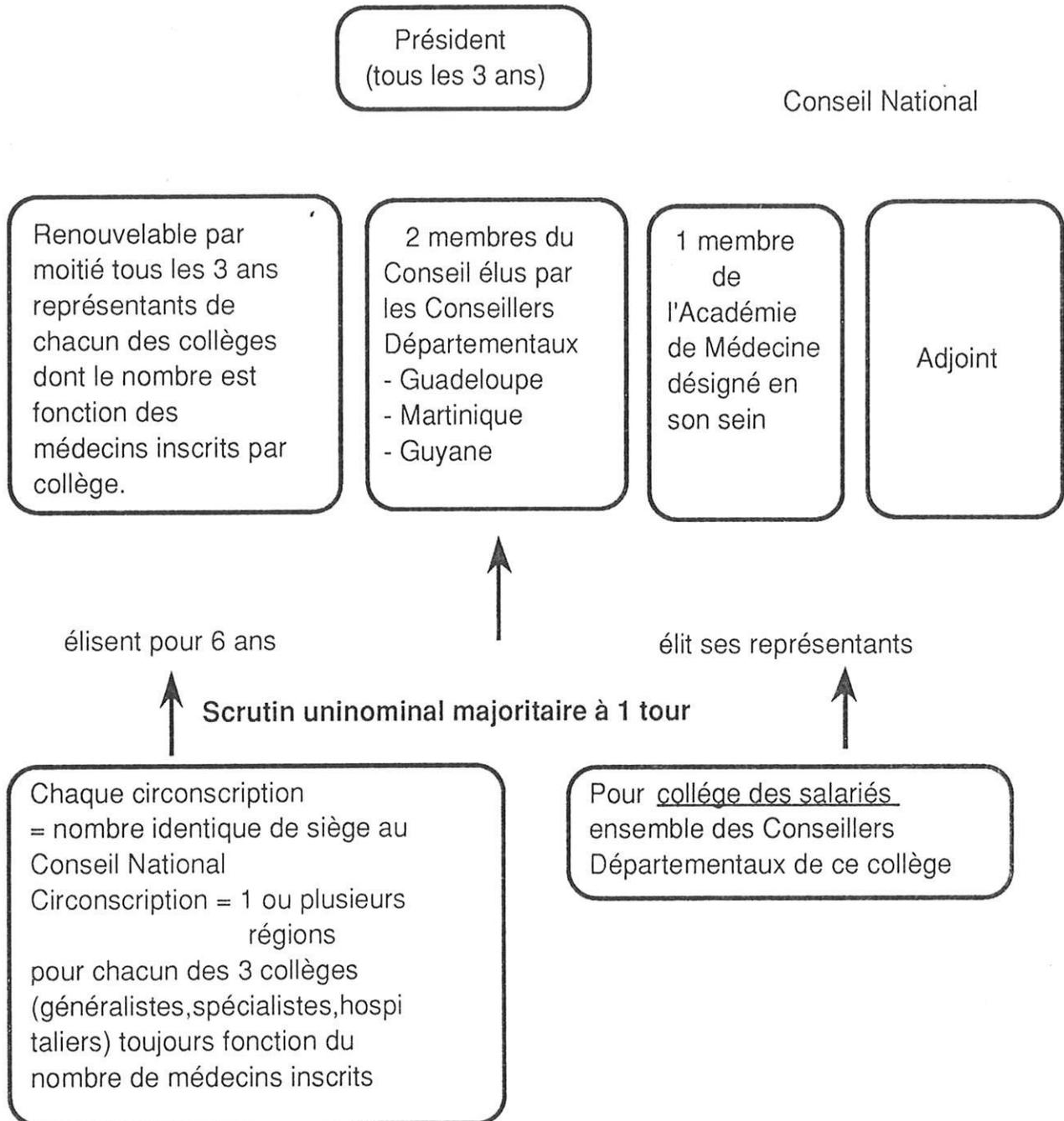
Le Conseil National comprend donc des représentants élus par les Conseillers Départementaux de chacun des collèges mentionnés à l'article L.385, les modalités de répartition des sièges du Conseil National entre ces collèges étant également fixé par voie réglementaire.

Pour l'élection des représentants des 3 premiers collèges (généralistes libéraux, spécialistes libéraux et hospitaliers privés ou publics), des circonscriptions comprenant une ou plusieurs régions seront instituées par voie réglementaire en fonction du nombre de médecins inscrits au dernier Tableau dans chacune d'entre elles. Chaque circonscription disposant d'un nombre identique de sièges au Conseil National.

Ainsi, les Conseillers Départementaux de chacun des trois collèges élisent leurs représentants au Conseil National dans chaque circonscription. Le nombre de représentants par collège étant fixé par voie réglementaire en fonction des effectifs de médecins relevant de chacun d'eux au plan national.

Pour l'élection des représentants du quatrième collège concernant les médecins salariés ou agents publics, l'ensemble des Conseillers Départementaux de ce collège élit ses représentants au Conseil National de l'Ordre.

● LE CONSEIL NATIONAL PROPOSE PAR LE
PROJET DE LOI DE 1991-1992



Par contre, les modalités d'élection pour les départements des D.O.M-T.O.M et de nomination pour le membre de l'Académie Nationale de Médecine restent inchangées.

Les Conseillers Nationaux de l'Ordre sont toujours élus pour 6 ans au scrutin uninominal majoritaire à un tour mais seulement dans la limite de deux mandats successifs. Par contre, le Conseil National n'est plus renouvelable par tiers comme autrefois, mais par moitié tous les 3 ans, le Président étant élu (comme dans les autres conseils) après chaque renouvellement, l'article L.405 du Code de la Santé Publique concernant le renouvellement par tiers du Conseil National est de ce fait abrogé.

De même, quelques modifications ont été apportées à l'ancienne section disciplinaire du **Conseil National**. Toujours constituée de 8 membres titulaires et 8 membres suppléants élus au sein du Conseil National, elle est présidée par un Conseiller d'Etat. Elle se nomme désormais Chambre Disciplinaire d'Appel et chacun des 4 collèges représentés au Conseil National doit y être représenté par au moins un membre titulaire et un membre suppléant, les membres sortants étant rééligibles. Une nouveauté aussi, la Chambre Disciplinaire d'Appel ne peut statuer que si 5 membres au moins, Président compris, sont présents. (dont un appartient au même collège que celui du médecin mis en cause). En cas d'égal partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Il existe actuellement auprès du Conseil National de l'Ordre, une Commission de Contrôle des Comptes et des Placements Financiers. Ses membres doivent être désignés par le Conseil National en dehors des membres du Bureau. Cette commission sera désormais présidée par un Conseiller Maître à la Cour des Comptes désigné par le premier Président de la Cour des Comptes.

Jusqu'à maintenant, elle devait se faire communiquer chaque année l'ensemble des comptes et le budget prévisionnel du Conseil National de l'Ordre. Ceci est désormais étendu aux Conseils Départementaux et Régionaux afin de garantir une meilleure transparence.

Le rapport de la Commission de Contrôle sur les comptes des Conseils de l'Ordre continuera à être publié dans le Bulletin Officiel du Conseil National de l'Ordre.

L'Article L.417 du Code de la Santé Publique concernant la compétence disciplinaire en première instance des Conseils Régionaux a subi aussi quelques modifications.

Ainsi pour l'exercice de sa fonction disciplinaire, **le Conseil Régional** constitue une ou plusieurs chambres disciplinaires de première instance dont les membres sont élus en son sein. Le nombre des membres de chaque chambre ne peut être inférieur à 6. Chacun des collèges de médecin doit être représenté par au moins un membre dans chaque chambre. Une chambre disciplinaire ne peut statuer que si plus de la moitié des membres, Président compris, sont présents, dont un appartient au même collège que celui du médecin mis en cause. En cas d'égal partage des voix celle du Président est prépondérante. De plus les adjoints au conseil avec voix consultative peuvent siéger à la chambre disciplinaire.

La présidence de la ou des chambres disciplinaires est exercée par des membres du corps des Tribunaux Administratifs et des Cours Administratives d'Appel en activité ou honoraire, désormais désignés par le Vice Président au Conseil d'Etat au vu des propositions du Président de la Cour Administrative d'Appel et du Président du Tribunal Administratif dans les ressorts desquels se trouve le siège du Conseil Régional.

Certaines dispositions demeurent quasiment inchangées. La chambre disciplinaire du Conseil Régional peut être saisie par le Conseil National, par les Conseils Départementaux de l'Ordre ou par les Syndicats de Médecins de son ressort, qu'ils agissent sur leurs propres initiatives ou à la suite de plaintes. Elle peut également être saisie par le Ministre chargé de la Santé, par le Préfet du département, par le Procureur de la République, par un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre, ainsi que par l'auteur d'une plainte portée par le Conseil Départemental (Article L.395) mais plus par le Directeur Départemental de la Santé.

Il est nécessaire que la chambre disciplinaire du Conseil Régional statue dans les 6 mois du dépôt de la plainte. A défaut de quoi la plainte peut être transmise à un autre Conseil Régional permettant certainement à court terme une plus grande rapidité d'exécution.

Afin d'avoir un meilleur recours contre les médecins chargés d'un service public et inscrits au Tableau de l'Ordre, un deuxième alinéa a été rajouté à l'article L.418 stipulant que ces médecins ne peuvent être traduits devant le Conseil Régional à l'occasion des actes de leur fonction publique, que par le Ministre de la Santé Publique, le Directeur Départemental de la Santé ou le Procureur de la République.

Il autorise désormais le Conseil Départemental à demander au Préfet du Département de traduire un de ces médecins devant le Conseil Régional. Et, en cas de refus du Préfet, le Conseil Départemental peut présenter la même demande au Ministre chargé de la Santé.

D'autre part, l'article L.421 du Code de Santé Publique a été légèrement modifié. Cet article stipule que le médecin mis en cause peut se faire assister d'un défenseur, médecin ou avocat inscrit au barreau. Il peut exercer devant les Conseils Régional et National le droit de récusation dans les cas prévus dans l'article L.731-1 du Code de l'Organisation Judiciaire.

Il peut également présenter une demande de renvoi devant un autre Conseil Régional dans les conditions prévues à l'article L.731-2 du même code.

L'article L.423 concerne les peines disciplinaires que le Conseil Régional peut prononcer. Elles sont les suivantes par ordre de gravité croissante:

1- AVERTISSEMENT

2- BLAME

3- INTERDICTION TEMPORAIRE OU PERMANENTE D'EXERCER UNE, PLUSIEURS, OU LA TOTALITE DES FONCTIONS MEDICALES CONFEREES OU RETRIBUEES PAR L'ETAT, LES REGIONS, LES DEPARTEMENTS, LES COMMUNES, LES ETABLISSEMENTS PUBLICS, LES ETABLISSEMENTS RECONNUS D'UTILITE PUBLIQUE OU DES FONCTIONS MEDICALES ACCOMPLIES EN APPLICATION DES LOIS SOCIALES.

4-L'INTERDICTION TEMPORAIRE D'EXERCER LA MEDECINE (cette interdiction ne pouvant excéder 3 ans).

5-LA RADIATION DU TABLEAU DE L'ORDRE.

La nouveauté réside dans le fait que les peines prévues au 3 et 4 ci-dessus peuvent être en totalité ou partiellement assorties de sursis. Si pour des faits commis dans un délai de 5 ans à comptée du jour de la notification au médecin de la décision (peine et sursis) qui est devenue définitive, la juridiction disciplinaire prononce une des peines mentionnées au 3 et 4, elle peut décider que cette peine entraîne la révocation en totalité ou en partie du dit sursis.

En ce cas, la première peine doit être exécutée sans qu'elle puisse se confondre avec la seconde. Sauf décision contraire à la juridiction, la peine qui avait été assortie du sursis doit être exécutée à compter de l'expiration du trentième jour suivant le jour de la décision de révocation du sursis et devenue définitive.

La peine disciplinaire assortie du sursis est considérée comme non avenue lorsque dans un délai de 5 ans le médecin sanctionné n'aura commis aucune faute suivie d'une nouvelle sanction disciplinaire.

A noter que l'avertissement et le blâme entraîne entre autre la privation du droit de faire partie du Conseil Départemental, du Conseil Régional et National de l'Ordre pendant une durée de trois ans, les autres peines entraînant la privation de ce droit à titre définitif.

Les peines disciplinaires prévues à cet article ne sont plus cumulables avec les sanctions prévues à l'article L.145-2 du Code de Sécurité Sociale (interdiction de donner des soins aux assurés sociaux par exemple) lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. De sorte que si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut seule être mise à exécution.

3. DISPOSITIONS COMMUNES AUX ORDRES DES MEDECINS, DES CHIRURGIENS DENTISTES ET DES SAGES FEMMES

Il n'est plus possible de cumuler au sein des Conseils Départementaux, Régionaux et National fonction syndicale et ordinale. De plus nul ne peut être à la fois membre d'un Conseil Départemental et d'un Conseil Régional.

L'article L.460 serait modifié, il concerne les cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la médecine. En cas d'urgence, le Préfet pourra prononcer, après consultation du Président du Conseil Départemental de l'Ordre la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de 1 mois renouvelable 2 fois. Simultanément le Préfet saisira le Conseil Régional de l'Ordre en vu de la mise en oeuvre de la procédure de suspension temporaire du droit d'exercer la profession.

D'autre part, la section des Assurances Sociales du Conseil de l'Ordre est aussi une juridiction, présidée par un membre du corps des Tribunaux Administratif et des Cours Administratives d'Appel , en activité ou honoraire, nommé par le Vice Président du Conseil d'Etat au vu des propositions du Président de la cour administrative d'appel et du Président du Tribunal Administratif dans le ressort duquel se trouve le siège du Conseil Régional.

Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'Ordre des médecins et d'assesseurs représentant des organismes de Sécurité Sociale dont un praticien conseil avec voix délibérative nommé par l'autorité compétente de l'état. Les assesseurs membres de l'Ordre sont désignés par le Conseil Régional de l'Ordre en son sein.

Pour les médecins, chacun des deux collèges de praticiens libéraux doit être représenté au moins par un membre à la Section des Assurances Sociales.

Ce projet de loi relatif aux professions de santé a été renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales faute de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus. Il a été présenté à l'Assemblée Nationale par Mr Bruno DURIEUX, Ministre délégué à la Santé au nom de Mme Edith CRESSON, Premier Ministre.

Il doit maintenant être accepté par l'Assemblée Nationale, voté par le Sénat puis revenir à l'Assemblée Nationale qui devra l'édicter en décret d'application.

Nous sommes en octobre 1992 et le projet de loi semble s'être "enlisé" à l'Assemblée nationale. Personne n'entend plus parler de ce projet de réforme qui présentait pourtant plusieurs aspects discutables voire positifs pour les médecins afin de leur assurer une meilleure représentativité et une meilleure efficacité au niveau ordinal.

Par contre d'autres aspects, soulignés par le Conseil de l'Ordre sont franchement négatifs; à savoir, accepter que les médecins dépendent des Caisses Primaires, ce qui est en totale contradiction avec l'article 10 du Code de Déontologie concernant l'indépendance des médecins et accepter l'interruption volontaire de grossesse comme moyen contraceptif banal au même titre qu'un contraceptif oral.

CONCLUSION

L'Ordre Français présente des instances structurées qui ont peu évolué depuis 1945.

Même si de grandes modifications ont été apportées notamment dans le Code de Déontologie, on reproche à l'Ordre certaines aberrations telles que les inégalités entre médecins (médecins hospitalier et autres) et son manque d'impartialité dans certaines régions.

Beaucoup de médecins trouvent l'Ordre "sclérosé", trop conservateur sur certains points (publicité, rentabilité, concurrence ...) mais il ne faut pas oublier que son rôle est avant tout moral; Le rôle de défense professionnelle sur le plan financier étant dévolu aux syndicats.

Il est en effet souhaitable que, mission ordinale et mission syndicale ne soient pas confondues afin de garder un certain recul par rapport aux affaires jugées et une non politisation de l'Ordre.

Cette hostilité vis à vis du Conseil de l'Ordre est certainement due à une méconnaissance profonde de sa fonction et de son pouvoir réel.

On ne le connaît en effet souvent qu'au travers de la cotisation ordinale obligatoire.

Une plus grande transparence de cette institution améliorerait ainsi la relation Ordre médecin.

De ce fait, les médecins seraient plus mobilisés et intéressés par les élections qui sont primordiales pour l'Ordre, ce qui permettrait de renouveler certains conseils et

d'assurer une meilleure représentativité.

L'évolution rapide et constante du monde médical accentue la distorsion entre l'institution et la société. Plus de souplesse et plus de pouvoir face au gouvernement serait certainement nécessaire.

Le projet de loi relatif aux professions de santé 1991-1992 pourrait ainsi combler certaines carences. Malgré ces imperfections, l'Ordre Français demeure néanmoins un des plus souples de la Communauté Européenne.

Comme dans toute profession, une autorité capable de sanctionner les erreurs professionnelles est nécessaire; le Conseil de l'Ordre composé essentiellement de médecins étant plus apte à juger ses pairs.

1. L'Ordre des Médecins

Fascicule édité par l'Ordre National des Médecins

2. Ordre National des Médecins

Commentaires du Code de Déontologie Médicale

3. Code de Déontologie Médicale

4. La réforme du Conseil de l'Ordre des Médecins.

Rapport d'étude par M. Jean TERQUEM Conseiller d'Etat

5. Les différentes structures ordinales au seuil de l'Europe des 12

Article de Jacques MOULIN

6. Texte de loi régissant l'Ordre Belge.

7. Bulletin de l'Ordre des Médecins de 1991 et 1992.

8. The Medical Council

Mid Term Report 1984-1986

SOMMAIRE

INTRODUCTION GENERALE	p.16
CHAPITRE I: HISTORIQUE DE L'ORDRE DES MEDECINS FRANCAIS.	p.19
CHAPITRE II: MISSIONS ET ORGANISATION PRATIQUE DES DIFFERENTES INSTANCES DE L'ORDRE FRANCAIS EN 1992.	p.29
A. LE CONSEIL NATIONAL.	p.30
1. COMPOSITION.	p.30
a. Assemblée plénière	p.30
b. Le Bureau du Conseil National	p.34
c. Le Conseil Restreint.	p.36
2. STRUCTURES ET FONCTIONS.	p.37
a. Les sections.	p.37
b. Les commissions	p.73
c. l'office d'orientation médicale	p.78
3. L'ASSEMBLEE GENERALE DE L'ORDRE.	p.79

4. LES REUNIONS GENERALES DES PRESIDENTS ET SECRETAIRES GENERAUX DES DIFFERENTS CONSEILS	p.82
a. Des Conseils Départementaux.	p.82
b. Des Conseils Régionaux	p.82
B. LES CONSEILS REGIONAUX.	p.82
1. REPARTITION DES DIFFERENTS CONSEILS REGIONAUX.	p.83
2. COMPOSITION ET STRUCTURES DES CONSEILS REGIONAUX.	p.84
3. FONCTIONNEMENT.	p.86
a. Elections	p.86
b. Attributions.	p.87
c. Saisine.	p.89
d. Sanctions disciplinaires.	p.90
e. Appel.	p.90
4. LA SECTION DES ASSURANCES SOCIALES DU CONSEIL REGIONAL.	p.91
a. Composition.	p.91
b. Attributions et saisines de cette section.	p.92
c. Sanctions et appels.	p.92
C. LES CONSEILS DEPARTEMENTAUX	p.93

1. COMPOSITION.	p.93
2. ATTRIBUTIONS ET MISSIONS.	p.95
a. Autorisation ou interdiction d'installation.	p.97
b. Contrôle du libellé des plaques et ordonnances	p.98
c. Reconnaissance ou refus de qualification en première instance.	p.99
d. Examen des contrats.	p.99
e. La délivrance des licences de remplacements.	p.100
CHAPITRE III: L'ORDRE DES MEDECINS FRANCAIS ET LA CEE	p.106
A. DESCRIPTION DES DIFFERENTS ORDRES ET ORGANISMES D'ATTRIBUTIONS SIMILAIRES EUROPEENS	p.107
1. L'ORDRE DES MEDECINS EN BELGIQUE	p.108
a. Les Conseils Provinciaux	p.108
b. Les Conseils d'Appel	p.113
c. Le Conseil National	p.115
2. L'ORDRE DES MEDECINS EN ITALIE	p.117
3. L'ORDRE DES MEDECINS AU PORTUGAL	p.118

4. L'ORDRE DES MEDECINS EN R.F.A	p.119
5. L'ORDRE DES MEDECINS EN ESPAGNE	p.120
6. L'ORDRE DES MEDECINS AU ROYAUME-UNI	p.120
7. L'ORDRE DES MEDECINS EN IRLANDE	p.121
8. L'ORDRE DES MEDECINS AUX PAYS-BAS	p.121
9. L'ORDRE DES MEDECINS AU LUXEMBOURG	p.122
10. L'ORDRE DES MEDECINS AU DANEMARK	p.122
11. L'ORDRE DES MEDECINS EN GRECE	p.123
B. LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE FRANCAIS ET LA CEE	p.124
C. SYNTHESE	p.125
CHAPITRE IV: LES REFORMES DU CONSEIL DE L'ORDRE	p.129
A. UNE REFORME, POURQUOI ?	p.130
B. MODIFICATIONS DE L'ORDRE PROPOSEES EN 1991 PAR LE RAPPORT DE Mr J. TERQUEM, CONSEILLER D'ETAT	p.133
1 . REFORME CONCERNANT LA REPRESENTATIVITE ET LA COMPOSITION DU CONSEIL DE L'ORDRE	p.133

a. La représentativité et le mode d'élection	p.133
b. Les incompatibilités entre deux fonctions	p.136
c. Limitation des mandats	p.137
d. Rôle des suppléants	p.138
2 . REFORME CONCERNANT LA TRANSPARENCE ET LES GARANTIES DU CONSEIL DE L'ORDRE	p.138
a. Garanties et transparence	p.138
b. Les débats médicaux	p.139
c. La validité des délibérations et des décisions du Conseil.	p.139
3 . REFORME CONCERNANT LE RESPECT DE L'EGALITE ENTRE LES MEDECINS	p.140
4 . REFORME CONCERNANT LE CHAMP DE COMPETENCE DE L'ORDRE.	p.141
5 . REFORME CONCERNANT L'INDEPENDANCE DES MEDECINS.	p.143
6 . REFORME DE LA FORMATION ET DE L'INFORMATION DES MEDECINS.	p.144
7 . REFORME CONCERNANT L'INFORMATION DES CITOYENS SUR LES QUESTIONS MEDICALES.	p.145

C. PROPOSITIONS RETENUES PAR LE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE.	p.147
D. PROJET DE LOI RELATIF AUX PROFESSIONS DE SANTE 1991-1992	p.152
1 . AMENAGEMENT DE L'ORGANISATION DE L'ORDRE DES MEDECINS.	p.152
2 . DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORDRE DES MEDECINS	p.153
3 . DISPOSITIONS COMMUNES AUX ORDRES DES MEDECINS, DES CHIRURGIENS DENTISTES ET DES SAGES FEMMES.	p.163
CONCLUSION	p.165
BIBLIOGRAPHIE	p.168

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire 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 mœurs ni à favoriser les crimes.

Reconnaissant envers mes maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères et s'ils devaient entreprendre la Médecine ou recourir à mes soins, je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné à jamais de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole, et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 65

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

PRADEAU (Sophie, épouse COUSTY. — Le Conseil de l'Ordre des Médecins. — 176 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm. (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1992).

RESUME :

Ce travail concerne l'Ordre des Médecins Français.

Après un bref rappel de son historique, nous tentons d'expliquer son rôle et ses limites à travers différents exemples.

Puis, nous comparons cet Ordre aux différents organismes d'attributions similaires européens.

Actuellement, un projet de loi relatif aux professions de santé est soumis à l'Assemblée Nationale. Nous présentons ici le rapport TERQUEM, point de départ de cette réforme, paru en 1991.

MOTS CLES :

- Conseil de l'Ordre des Médecins.
 - Ordres européens.
 - Rapport TERQUEM (1991).
-

JURY : Président : Monsieur le Professeur BOUQUIER.
Juges : Monsieur le Professeur BONNAUD.
Monsieur le Professeur DUMONT.
Monsieur le Professeur GASTINE.
Membres Invités : Madame CLEMENT.
Monsieur LEROY.
