

INTRODUCTION AUX COMMENTAIRES DU CODE

C'est en 1825 que le mot "déontologie" apparaît pour la première fois en langue française, dans la traduction de l'ouvrage du philosophe utilitariste anglais Jeremy Bentham intitulée "l'Essai sur la nomenclature et la classification des principales branches d'Art et Science". Il écrit : "L'Ethique a reçu le nom plus expressif de Déontologie". Vingt ans plus tard, le Dr Max SIMON publiait le premier ouvrage de Déontologie médicale (voir note 1) dont la parution coïncide avec le Congrès médical qui rassembla pour la première fois plus de 1000 médecins français à Paris, fut l'occasion d'une prise de conscience et de la naissance du corps médical.

Aujourd'hui la déontologie rassemble les éléments d'un discours sur les devoirs. La déontologie médicale concerne le médecin qui exerce une profession – au sens strict du terme, qui suppose une certaine autonomie de pratique et de régulation – à laquelle les lois françaises donnent depuis près de deux siècles un monopole dans le domaine de la santé. Elle sert de référence aux instances juridictionnelles de l'Ordre des médecins, mais d'abord de guide aux médecins dans leur pratique quotidienne, au service des patients.

Le code de déontologie médicale n'est pas seulement établi par la profession. Si celle-ci, représentée en l'occurrence par l'Ordre national des médecins, est chargée de l'élaborer, le texte qui en découle est soumis à l'administration, au Conseil d'Etat et finalement au gouvernement, chacun ayant la charge de vérifier sa conformité avec les lois et autres règlements régissant la société où exercent les médecins et la possibilité d'y apporter des modifications. Enfin, le code est publié au Journal Officiel sous la signature du Premier ministre.

Le code de déontologie précise ainsi des dispositions réglementaires concernant un exercice professionnel. Elles sont subordonnées à d'autres textes plus importants, la Constitution et les lois ; elles doivent être compatibles avec d'autres décrets et commandent d'autres textes de moindre portée, en particulier les arrêtés. Comme les autres citoyens, les médecins sont soumis aux lois – concernant par exemple le respect de la vie ou le secret professionnel – mais le bon fonctionnement de leur corps professionnel est favorisé par des règles

propres.

Le présent code de déontologie (voir note 2) est en France la quatrième version, après le premier code de 1947(voir note 3), une deuxième version de 1955(voir note 4) et la troisième de 1979(voir note 5). Une mise à jour du code de 1979 est apparue nécessaire pour adapter les règles professionnelles s'appliquant aux médecins dans un contexte social, juridique et scientifique qui a évolué.

Bien qu'étoffé au fil des versions successives (79 articles dans le code de 1947, 114 dans celui-ci), le code de déontologie reste relativement concis, sans pouvoir entrer dans les détails ni envisager tous les cas particuliers et sans naturellement apporter explications ou justifications qui améliorent sa compréhension. C'est l'objet de ces commentaires.

Les médecins militaires qui ne s'inscrivent pas à l'Ordre des médecins disposent d'un règlement de déontologie propre(voir note 6) largement inspiré du code s'appliquant aux civils mais tenant compte de leur pratique dans le cadre de l'institution militaire. Les autres professions médicales (chirurgiens-dentistes, sages-femmes), qui disposent également d'un Ordre, ont leur propre code de déontologie(voir note 7). Les auxiliaires médicaux sont soumis à des règles professionnelles(voir note 8) inspirées du code de déontologie médicale et adaptées à ces professions.

L'institution de l'Ordre des médecins, confirmée par l'ordonnance du 26 septembre 1945, a conduit à la rédaction du premier code de déontologie publié le 28 juin 1947. Celui-ci n'a que peu innové, reprenant des principes traditionnels régissant la pratique médicale. Les nouveaux médecins prêtent le serment d'Hippocrate, ce dernier ayant déjà établi, il y a près de vingt-cinq siècles, des règles toujours valables : probité et dévouement du médecin qui doit préserver la vie, ne pas nuire, respecter les personnes malades, leurs intérêts, leur vie privée et le secret médical, être juste. Ces principes sont retrouvés, à quelques différences près, en Inde, dans les Lois de Manu, à peu près contemporain d'Hippocrate. Au XIIe siècle, le médecin de Cordoue Maïmonide reprend ces principes dans une "prière", qui mérite d'être également connue, où il ajoute la compétence et l'amour de la science, en en reconnaissant les limites et en exprimant le souci de la faire progresser. Depuis Montaigne, l'individu s'est émancipé et il prime aujourd'hui la collectivité, du moins en France et dans un nombre croissant de pays : le médecin a pour mission de soigner une personne

avant d'avoir à défendre la santé publique.

Par rapport au précédent, le présent code accentue l'affirmation des droits des malades, la nécessité de les informer et de les protéger. Il prend en compte l'élargissement du rôle du médecin, au delà des soins traditionnels qui faisaient parler de "ministère" dans le code de 1947, pour promouvoir la santé publique ; il reconnaît sa fonction de conseil, il insiste sur sa compétence et son entretien dans un contexte d'exercice moins libéral ou plus réglementé.

Cette nouvelle version répond à divers soucis de forme et de fond :

- celui d'améliorer la rédaction des articles, en éliminant quelques obscurités ou redondances, et d'en remanier parfois l'ordre, pour mettre en relief les principes fondamentaux de la déontologie avant de les développer dans le cadre des différents modes d'exercice, ainsi que pour rapprocher les articles ayant un objet voisin ;
- celui d'intégrer apports de la jurisprudence et références aux législations nouvelles intervenus depuis 1979 ;
- celui de faire sa place au progrès scientifique et technique, notamment au développement de l'informatique ;
- celui de tenir compte de l'évolution des pratiques professionnelles dans des domaines tels que la médecine de groupe, la médecine d'urgence, l'exercice salarié ;
- celui de faire écho aux grands débats contemporains de la bioéthique : transplantations d'organes, essais thérapeutiques, euthanasie, assistance médicale à la procréation, tests et manipulations génétiques.

Des principes généraux se dégagent d'une rédaction qui a dû tenir compte de nombreux facteurs, sans pouvoir toujours respecter la simplicité souhaitable.

1. Le premier répond à la primauté de la personne (voir note 9). Il est affirmé dès l'article 2, de deux manières. Tout d'abord le médecin est au service de "l'individu" avant d'être à celui de "la santé publique". Les deux termes se suivent, ils seront souvent associés et la distinction ne doit pas être exagérée. Cependant leur ordre n'est pas indifférent. Il distingue en effet la France d'autres pays, notamment de tradition anglo-saxonne. Par exemple le premier code de l' American Medical Association (1847) affirmait : "Le premier objectif de la profession médicale est de rendre service à l'humanité, en respectant pleinement la dignité de l'homme et les droits des patients." S'il y a conflit entre

les intérêts de l'humanité et ceux de la personne, il importe de savoir lesquels a priori vont passer en premier. Cet ordre doit être d'autant plus souligné que la réflexion européenne évolue en suivant plutôt l'approche française, donnant la priorité à l'être humain. Ces remarques sont tempérées au cas où un individu fait peser une menace avérée sur la collectivité.

Dans un deuxième temps, l'article 2 insiste sur le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect de la vie n'est pas propre au médecin mais s'applique particulièrement à lui, sans être poussé à l'absurde (acharnement thérapeutique). Il en va de même du fameux principe " Primum non nocere ", car il n'y a pratiquement pas d'intervention médicale sans risque (l'effet placebo a pour contrepartie un effet nocebo) et le respecter trop scrupuleusement conduirait à l'inaction, elle-même dangereuse : ce souci doit donc être proportionné aux risques engendrés par la maladie, présente ou à venir. Toute mutilation est interdite. La "dignité" a été ajoutée par rapport au code de 1979 ; on peut considérer qu'elle va de soi, impliquant des égards déjà soulignés par Hippocrate ; sans doute l'"autonomie" aurait-elle eu plus de signification : ce sera peut-être pour le prochain code... Le respect comporte de multiples termes, précisés à diverses reprises tout au long du code.

Une de ses manifestations les plus importantes tient dans le secret médical, affirmé dès Hippocrate, inscrit dans le code pénal (1810) et devenu le secret professionnel dans le code pénal entré en vigueur en 1994. Son importance persistante est attestée par l'avancement du premier article le concernant (en 1979 art. 11 , désormais art. 4). Il est indispensable à l'exercice médical qui impose une confiance réciproque entre les deux participants du "colloque singulier" (expression de Georges Duhamel, 1935) ou de la "rencontre singulière" (expression de Paul Ricoeur, 1996) : cette confiance est nécessaire à la confiance, le patient doit pouvoir confier les choses les plus intimes qui le concerne, ou le médecin y accéder- ce qui est indispensable à la qualité des soins- pourvu que l'un et l'autre sachent que rien n'en filtrera en dehors d'eux. C'est un secret partagé d'abord, naturellement, entre patient et médecin, puis éventuellement, selon les nécessités, avec pertinence et sans excès, avec d'autres soignants concourant au diagnostic ou au traitement.

Ce respect persiste à la mort du patient, en cas d'autopsie ou de prélèvement d'organe, comme pour le secret médical.

2- Le deuxième principe, propre à la médecine française et qui conforte la primauté de la personne, est un principe de liberté. Il fonde l'exercice dit libéral de la médecine mais joue aussi pour des médecins d'autre exercice, la distinction n'étant pas si tranchée entre les uns et les autres (les premiers ne jouissent pas d'une liberté absolue, les seconds n'en sont pas privés).

Cette liberté concerne d'abord le patient. Il est libre de choisir son médecin, sous réserve de sa compétence, beaucoup plus que dans d'autres pays. Il est libre d'accepter ou de refuser ce que lui propose le praticien, ce qui fonde le "consentement éclairé". Son consentement n'autorise pas pour autant le praticien à se livrer à des actes illégitimes. L'exercice de cette liberté est accru par un net renforcement de l'information du patient, une information "loyale, claire et appropriée". Elle est inscrite parmi les devoirs du médecin et précisée par la loi dans des cas particuliers comme la recherche biomédicale, l'interruption volontaire de grossesse, l'assistance médicale à la procréation ou la tenue de registres épidémiologiques... Hors situation d'urgence où l'obligation de porter secours prime, le patient doit donner son agrément pour tout ce qui le concerne : examens, consultations, hospitalisations, soins de toute nature, comme pour ce qui concerne son dossier médical (constitution, transmission, etc.). Cet agrément ne disparaît pas en fin de vie, même s'il est difficile de recueillir alors l'avis du malade ou de tenir compte d'avis antérieurement exprimés, à un médecin ou transmis par des proches.

La liberté du médecin équilibre celle du patient. Il a l'obligation de porter secours à une personne en péril qui l'appelle ou lui est signalée. Il se doit de faire preuve de moralité, de probité, de dévouement qui honorent sa profession. Il dispose d'une liberté de prescription tenant compte des données de la science ainsi que des ressources disponibles pour la santé publique. Enfin, il peut faire valoir une clause de conscience pour refuser des soins qui lui sont demandés à trois conditions : en dehors d'une situation d'urgence, en informant le patient et en favorisant la continuité des soins par relais avec un autre médecin choisi par le patient.

Cette double liberté fonde le contrat de soins habituels, contrat tacite ou implicite plus souvent qu'écrit ou explicite, mais qui n'en a pas moins une valeur reconnue.

3- Une troisième catégorie de principes concerne les qualités exigibles du médecin, du fait de la mission qui lui est confiée par la société. Il

est personnellement responsable de ses actes avec, en corollaire, la nécessité de préserver son indépendance professionnelle. Cette indépendance est la clef-de-vôte de l'exercice médical, dirigé vers les intérêts des patients, qui ne sauraient dépendre d'influences personnelles ou matérielles ou de liens vis-à-vis d'employeurs, d'organismes payeurs, de partenaires industriels ou même humanitaires, etc. Cette responsabilité s'étend aux personnes et collaborateurs travaillant sous son autorité. Elle se partage partiellement lors de travail en équipe ou en réseau.

Pour répondre à sa mission, le médecin doit être compétent. Cette compétence résulte des études qu'il a faites, parfois d'une formation complémentaire acquise et reconnue par les commissions de qualifications gérées par l'Ordre, de son exercice habituel qui peut conduire à développer certaines aptitudes tandis que d'autres s'estompent. Restant posée dans son principe, la compétence générale que donnait le titre de docteur en médecine (mais il y a désormais des diplômes d'Etat qualifiant en médecine générale ou en spécialité) connaît de fait de sérieuses limitations. Elle est entretenue par une formation permanente, un perfectionnement régulier pour tenir compte des innovations scientifiques et techniques comme de nouveaux modes d'exercice. La pratique professionnelle est appréciée par une évaluation dont le besoin se fait de plus en plus sentir et qui a toute raison de devenir périodique. Cette compétence est soumise à des installations et à des moyens matériels dont le médecin dispose selon sa pratique. Le médecin doit être aussi disponible, pour répondre à la demande du patient quelle qu'en soit la nature (écoute, examen, conseil, soin), porter secours en cas d'urgence, assurer des gardes...

Il doit exercer sans discrimination vis-à-vis de quiconque, visant même à rétablir une certaine équité quand sont concernées des personnes en difficulté, mineures, privées de liberté, victimes de sévices à domicile ou de conflits sociaux ou guerriers.

4- Enfin ces principes, pour être appliqués, appellent un certain nombre de règles, précisées pour un exercice individuel ou des échanges de toutes sortes avec d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé. La solidarité entre médecins, déjà énoncée dans le serment d'Hippocrate, est normale au sein d'une collectivité : c'est la confraternité. Dans le détail, ces règles varient un peu selon le mode d'exercice, comme cela est précisé dans le titre IV du présent code.

Ces indications générales mettent en évidence une évolution dans la continuité. Les grands principes demeurent. Certains changements n'en sont pas moins conséquents ; ils sont dus à l'évolution de la médecine– des connaissances qui la fondent et de ses conditions d'exercice– comme à celle de la société dans laquelle elle se pratique et qu'elle est censée servir.

Liste des participants à l'élaboration des commentaires du code de déontologie médicale : Me Barthélémy, MM. Chassort, Colson, Dubois, Dusehu, Mme Dusserre, MM. Gazier, Gilbert, Girault, Haehnel, Høerni, Langlois, Lebatard–Sartre, Lerat, Mme Marcelli, MM. Michel, Pouillard, Sauquet, Saury, Sesboué, Stéfani, Vidal, Werner.

notes

(1) Simon M. Déontologie médicale ou des devoirs et des droits des médecins dans l'état actuel de la civilisation– Paris Baillière, 1845

(2) Décret n° 95–1000 du 6 septembre 1995 (J.O. 8 septembre 1995) modifié par le décret n° 97–503 du 21 mai 1997 (J.O. 22 mai 1997)

(3) Règlement d'administration publique n° 47–1169 du 27 juin 1947 (J.O. 28 juin 1947)

(4) Décret n° 55–1591 du 28 novembre 1955 (J.O. 6 décembre 1955)

(5) Décret n° 79–506 du 28 juin 1979 (J.O. 30 juin 1979 et rectificatif J.O.24 juillet 1979)

(6) Décret n° 81–60 du 16 janvier 1981 fixant les règles de déontologie applicables aux médecins et pharmaciens chimistes des armées.

(7) Chirurgiens–dentistes : décret n° 67–671 du 22 juillet 1967 modifié par le décret n° 94–500 du 15 juin 1994

(8) Décret n° 93–221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers; la loi n° 95–116 du 4 février 1995 a créé un Ordre des masseur–kinésithérapeutes et un Ordre des pédicure–podologues. Un décret, pris après avis de l'Ordre concerné,

fixera les règles du code de déontologie propre à ces professions.

(9) "la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de la vie". Article 16 du code civil (loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain).
Article 1 (article R.4127-1 du code de la santé publique)

Les dispositions du présent code s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L.4112-7 du code de la santé publique (ancien article L.356-1) ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 87 du présent code.

Conformément à l'article L.4122-1 du code de la santé publique (ancien article L.409), l'ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions.

Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre.

Parmi les nombreux codes en vigueur dans notre droit- code civil, code pénal, code de la santé publique, code du travail, code des assurances, code de la route, etc.,- le code de déontologie médicale occupe une place particulière.

Il a une portée obligatoire puisqu'il revêt la forme d'un décret signé du Premier ministre. Ses prescriptions ne sont pas de simples recommandations, mais des règles de droit qui s'imposent à ceux qui y sont assujettis et que les tribunaux sont tenus de faire respecter.

Mais il constitue aussi un règlement professionnel appelé à régir, non pas l'ensemble des citoyens, mais les seuls membres de la profession médicale.

D'où la nécessité d'en délimiter le champ d'application et d'en fixer le mode de sanction. C'est l'objet de l'article 1^{er}.

1. Qui est assujetti au code de déontologie ?

Le code de déontologie s'impose à tous les médecins inscrits au tableau de l'Ordre qu'ils exercent ou non (voir note 1). Pour exercer la médecine en France (voir note 2) il faut, à côté d'autres conditions (diplôme, nationalité), être inscrit à un tableau départemental de l'Ordre. Cette inscription donne le droit d'exercer la médecine sur tout le territoire national (voir note 3).

Sont exceptés de cette obligation les médecins appartenant au cadre actif du service de santé des armées (voir note 4) et les médecins qui, ayant la qualité de fonctionnaire de l'Etat ou d'agent titulaire d'une collectivité locale, ne sont pas appelés, dans leurs fonctions, à exercer la médecine. Ces médecins peuvent cependant demander à être inscrits au tableau à titre volontaire.

Le code de déontologie s'impose aussi aux médecins autorisés par le ministre de la santé à exercer sous contrat dans certains établissements de santé et inscrits au tableau de l'Ordre comme aux médecins ressortissants de l'Union européenne, effectuant une prestation de service en France (article L.4112-7 du code de la santé publique- ancien art. L.356-1).

Enfin, le code de déontologie s'impose aux étudiants en médecine effectuant un remplacement et à ceux qui exercent momentanément en qualité de médecins adjoints, par autorisation du préfet, lors d'épidémies ou d'afflux de population (art. 87).

Ses prescriptions valent aussi pour les internes ou les résidents auprès d'établissements hospitaliers ou de praticiens enseignants, mais ne leur sont pas opposables. On considère qu'ils exercent sous la responsabilité de leurs chefs de service ou de leurs maîtres de stage et que ceux-ci veillent au respect de la déontologie.

Le code de déontologie n'est pas opposable aux tiers impliqués dans une activité médicale. C'est seulement au médecin qu'on pourra reprocher de se lier à des tiers par une convention ne respectant pas la déontologie, et c'est seulement le médecin qui pourra se voir traduit devant la juridiction ordinaire.

2. Comment sont réprimées les infractions à ce code ?

Ne s'imposant qu'aux seuls médecins et non à l'ensemble de la population, le code de déontologie médicale n'est pas assorti en fin de texte- à la différence de la plupart des autres règlements- de

dispositions pénales fixant les peines encourues devant les juridictions de droit commun en cas d'infraction à ses prescriptions.

Ce n'est pas à la justice pénale qu'est confiée la charge de le faire respecter, mais à l'Ordre, et plus particulièrement aux juridictions ordinaires ainsi que le prévoit l'article L.4121-2 du code de la santé publique (ancien art. L. 382) (voir note 5).

Ces juridictions sont en première instance les conseils régionaux et en appel la section disciplinaire du Conseil national. Leur sont adjointes – à l'échelon régional comme à l'échelon national – des sections des assurances sociales, appelées à connaître des plaintes des caisses de sécurité sociale à l'encontre des médecins ou d'auxiliaires médicaux pour des faits commis à l'occasion de soins aux assurés sociaux.

Toutes ces juridictions ont le caractère de juridictions administratives et non pas judiciaires. La section disciplinaire et la section des assurances sociales du Conseil national sont présidées par un conseiller d'Etat et leurs décisions peuvent être déférées au Conseil d'Etat par la voie du recours en cassation.

Toute personne peut porter plainte contre un médecin devant l'Ordre.

Le conseil régional peut être saisi par un conseil départemental de l'Ordre, un syndicat médical du ressort de la région, le ministre de la santé, le préfet, le procureur de la République ou le Conseil national de l'Ordre. Lorsque la plainte émane d'un particulier, elle chemine par le conseil départemental (art. L.4123-2 du code de la santé publique – ancien art. L. 395). Lorsqu'elle émane d'un médecin inscrit au tableau de l'Ordre, elle peut être adressée directement au conseil régional.

Un médecin chargé d'un exercice public (par exemple un médecin des hôpitaux, un médecin-conseil de la sécurité sociale) ne peut être traduit devant le conseil régional de l'Ordre à l'occasion des actes de sa fonction publique que par le ministre de la santé, le directeur départemental de la santé ou le procureur de la République (art. L. 4124-2 du code de la santé publique – ancien art. L.418) (voir note 6).

Il n'existe pas de délais pour saisir l'Ordre, aucune prescription n'étant prévue. La saisine de la juridiction professionnelle ne fait obstacle à aucune action judiciaire de droit commun. Un médecin peut, pour les mêmes faits ou accusations, être jugé par un tribunal et devant l'Ordre. La juridiction ordinaire n'est alors liée par les décisions des juridictions

de droit commun qu'en ce qui concerne la matérialité des faits.

Elle prononce librement les sanctions qu'elle inflige, qui sont des peines professionnelles (avertissement, blâme, suspension temporaire du droit d'exercer, radiation du tableau de l'Ordre).

En confiant aux médecins eux-mêmes l'exercice du pouvoir disciplinaire, le législateur a entendu marquer à la fois une exigence et une confiance :

- une exigence parce que, du fait des sanctions spécifiques qui peuvent les atteindre dans leur exercice professionnel, les médecins supportent des risques que ne connaissent pas la plupart des autres professionnels ;

- une confiance parce que ce pouvoir de prononcer des sanctions- et parfois de graves sanctions- est confié à des médecins désignés par leurs pairs.

Ce pouvoir de juridiction confié à des médecins les engage profondément. C'est sur eux que les pouvoirs publics comptent pour éviter des abus préjudiciables aux malades et à la société ; c'est sur eux, également, que les médecins comptent pour que soit respectée, dans l'exercice d'une responsabilité toute personnelle, leur liberté de décision en présence du patient.

notes

(1) Un médecin retiré du tableau sur sa demande peut être poursuivi par l'Ordre pour des faits antérieurs à la radiation.

(2) On entend généralement par "exercice de la médecine", la pratique d'actes médicaux de soins, de prévention, de contrôle ou d'expertise, effectués après examen de la personne ou sur dossier.

(3)Le médecin qui s'inscrit pour la première fois ne peut commencer à exercer avant que son inscription soit prononcée. Le médecin qui change de département peut exercer provisoirement en attendant que son "nouveau" conseil départemental ait statué sur son cas (art. L.4112-5 du code de la santé- ancien art. L.416)

(4) Sauf cas particulier de disponibilité. Les médecins militaires sont soumis à des règles de déontologie qui leur sont propres (décret n° 81-60 du 16 janvier 1981).

(5) Le 3ème alinéa de l' article 1 ne vise que l' article L.4122-1 du code de la santé publique (ancien art. L. 409) relatif au rôle du Conseil national. Mais il y a lieu de rappeler qu'après avoir défini la mission de l'Ordre, l' article L.4121-2 (ancien art. L.382 précise : "ils accomplissent leur mission par l'intermédiaire des conseils départementaux, des conseils régionaux et du Conseil national de l'Ordre ".

(6) L'article 1 du décret n° 95-986 du 31 août 1995 modifiant le décret n° 84-135 du 24 février 1984 portant statut des personnels enseignants et hospitaliers des centres hospitaliers et universitaires confirme que la compétence dévolue à la juridiction disciplinaire, hospitalière et universitaire et les sanctions éventuellement prononcées par celles-ci, ne fait pas obstacle à la traduction des intéressés dans les conditions de l' article L.4124 du code de la santé publique (ancien art. L.418), en raison des mêmes faits, devant les conseils des ordres professionnels dont ils relèvent.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/?url=deonto/rubrique.php&open=0#0>

TITRE I : Devoirs généraux des médecins (art 2 à 31)

TITRE II : Devoirs envers les patients (art 32 à 55)

TITRE III : Rapport des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé (art 56 à 68)

TITRE IV : De l'exercice de la profession (art 69 à 108)

TITRE V : Dispositions diverses (art 109 à 112)

TITRE I : Devoirs généraux des médecins (art 2 à 31)

Article 2 : Respect de la vie et de la dignité de la personne

Article 3 : Principes de moralité et de probité

Article 4 : Secret professionnel

Article 5 : Indépendance professionnelle

Article 6 : Libre choix

Article 7 : Non discrimination

Article 8 : Liberté de prescription

Article 9 : Assistance à personne en danger

Article 10 : Personne privée de liberté

Article 11 : Formation continue

Article 12 : Concours apporté à la protection de la santé

Article 13 : Education sanitaire

Article 14 : Information sur des procédés nouveaux

Article 15 : Recherches biomédicales

Article 16 : Collecte de sang et prélèvements d'organes

Article 17 : Assistance médicale à la procréation

Article 18 : IVG

Article 19 : Interdiction de la publicité

Article 20 : Usage du nom et de la qualité de médecin

Article 21 : Délivrance de médicaments

Article 22 : Dichotomie

Article 23 : Compérage

Article 24 : Ristourne

Article 25 : Locaux commerciaux

Article 26 : Cumul d'activités

Article 27 : Mandat électif

Article 28 : Certificat de complaisance

Article 29 : Fraude et abus de cotations

Article 30 : Complicité d'exercice illégal

Article 31 : Déconsidération de la profession

TITRE II : Devoirs envers les patients (art 32 à 55)

Article 32 : Qualité des soins

Article 33 : Diagnostic

Article 34 : Prescription

- Article 35 : Information du malade
- Article 36 : Consentement du malade
- Article 37 : Soulagement des souffrances
- Article 38 : Soins aux mourants – euthanasie
- Article 39 : Charlatanisme
- Article 40 : Risque injustifié
- Article 41 : Mutilation
- Article 42 : Soins aux incapables
- Article 43 : Soins aux mineurs négligés
- Article 44 : Sévices
- Article 45 : Fiche d'observation
- Article 46 : Communication du dossier médical au patient
- Article 47 : Continuité des soins
- Article 48 : Continuité des soins en cas de danger public
- Article 49 : Rôle du médecin dans le respect de l'hygiène
- Article 50 : Secret partagé avec les médecins conseils de la sécurité sociale
- Article 51 : Immixtion dans les affaires de familles
- Article 52 : Interdiction de recevoir des dons et legs
- Article 53 : Tact et mesure
- Article 54 : Note personnelle
- Article 55 : Interdiction du forfait

TITRE III : Rapport des médecins entre eux et avec les membres des autres professions de santé (art 56 à 68)

- Article 56 : Confraternité
- Article 57 : Détournement de clientèle
- Article 58 : Consultation – en l'absence du médecin habituel
- Article 59 : Sur appel urgent (garde)
- Article 60 : Appel à un consultant ou spécialiste
- Article 61 : Divergence entre consultant et médecin traitant
- Article 62 : Fin du rôle consultant
- Article 63 : Information entre médecins traitants en cas d'hospitalisation du patient
- Article 64 : Exercice en équipe
- Article 65 : Remplacements : – conditions
- Article 66 : Cessation d'activités à l'issue de remplacement
- Article 67 : Abaissement des honoraires dans un but de concurrence
- Article 68 : Rapport avec les auxiliaires médicaux

TITRE IV : De l'exercice de la profession (art 69 à 108)

- 1) Règles communes à tous les modes d'exercice (art 69 à 84)
- 2) Exercice en clientèle privée (art 85 à 94)
- 3) Exercice salarié de la médecine (art 95 à 99)
- 4) Exercice de la médecine de contrôle (art 100 à 104)
- 5) Exercice de la médecine d'expertise (art 105 à 108)

TITRE V : Dispositions diverses (art 109 à 112)

Article 109 : Engagement du médecin de respecter le code de déontologie

Article 110 : Fausse déclaration

Article 111 : Modification d'exercice

Article 112 : Motivation des décisions, recours

Ordre médecins actuel :

L'Ordre Actuel

L'ordonnance du 24 septembre 1945, signée par M. Billieux, ministre communiste de la santé à cette époque, crée définitivement l'Ordre actuel qui se voit « chargé du maintien des principes de moralité, de probité, et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine... et à l'observation des règles dictées par le code de déontologie. »

Dans « L'Honneur de Vivre », le Pr. Robert Debré cite l'attitude courageuse du Pr. Portes, qui rappelait à chaque médecin son obligation, notamment l'obéissance absolue au secret professionnel que l'occupant nous demandait de violer. C'est également le Pr. Portes qui dédia en 1947, la préface du premier code de déontologie médicale : « à tous les médecins français qui, sous l'occupation, préfèrent la déportation ou la mort à la violation de leur secret professionnel » « L'Ordre des médecins s'est bien comporté, pas le ministère de la santé qui était truffé de représentants de Vichy » fait observer le Pr. Milliez En effet, au sentiment de honte et au déshonneur que suscitent la haine banalisée, les crimes raciaux de discrimination et d'exclusion durant cette période de triste mémoire, il ne faut pas oublier non plus

que le corps médical, des médecins les plus anonymes à ceux de nos patrons les plus connus sans méconnaître également les étudiants en médecine et les internes des hôpitaux, a contribué par ses actes de courage à s'illustrer dès sa création en 1942 dans le service de santé national de la Résistance et dans le Comité national des médecins, qui fusionnèrent ensuite dans le Comité médical de la Résistance.

Rappelons qu'une circulaire du Premier Ministre en date du 2 octobre 1997 confère aux archives détenues, pour la période de l'Occupation de 1940 à 1945, le caractère d'archives historiques. Leur facilité d'accès (loi du 3 janvier 1979) permet donc la consultation des archives publiques ou privées détenues par les conseils départementaux : transparence justifiée et indispensable pour une période de notre histoire douloureusement confrontée à un engrenage de faits odieux et de comportements à jamais regrettables, mêlant la délation à l'idéologie la plus sectaire.

A l'évidence, le Conseil National de l'Ordre des Médecins n'a pas été à l'abri de critiques, de justifications, de réformes comme le projet Terquem en 1991, de demandes de sa suppression par le parti socialiste : propositions de loi en janvier 1975, en mars 1979, et en 1981 dans une des 110 propositions de l'engagement du candidat Mitterand à la Présidence de la République, considérant l'institution ordinale comme «une offense pour la démocratie »

Cet engagement est tempéré du reste quelque temps après par « l'élaboration des textes nécessaires à la mise en œuvre de l'engagement et que soit largement débattue à cette occasion la question de savoir si la suppression de l'Ordre National doit s'accompagner de maintien, au plan local, d'une organisation de type professionnel chargée de remplir un certain nombre de tâches concrètes liées à l'exercice de la profession. Le gouvernement devra en effet peser les avantages et les inconvénients avant de déterminer le choix qu'il soumettra au Gouvernement » précision contenue dans la lettre de Mme Y. N. Conseiller Technique à la Présidence de la République à l'intention du docteur S. N. en date du 11 mars 1982. (document personnel)

L'Institution Ordinale est bien consciente qu'elle doit évoluer en fonction de l'avancée des progrès scientifiques dans l'intérêt des personnes malades et de la santé publique tel que le prévoit l'article 2 du code de déontologie, lequel est remis à jour régulièrement dans une réflexion ordinale collégiale sous l'autorité d'un conseiller d'Etat,

membre du Conseil de l'Ordre. L'Institution ne méconnaît pas non plus les réformes indispensables attendues par les médecins en rapport avec les programmes universitaires, les obligations indispensables liées à la formation médicale continue, les nouveaux modes d'exercice, les différentes conditions d'installation, les variations démographiques du corps médical, les nouvelles législations du code pénal ou du code de la santé publique...

La Cour Européenne des Droits de l'Homme a rendu en 1988 un arrêt confirmant l'autorité légitime de l'Ordre des médecins tel qu'il existe depuis 1945 et la Conférence Internationale des Ordres et Organismes d'attributions similaires créé en 1971 a été constituée dans le cadre du traité de Rome et dans la perspective de l'application des décisions communautaires en Europe après le 31 décembre 1992. Cette perspective concerne également l'application des principes qui doivent guider la conduite professionnelle des médecins, quel que soit leur mode d'exercice dans leurs rapports avec les malades, la collectivité et également entre eux. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins Français est représenté en permanence à la Conférence Internationale des Ordres, comme aux travaux du Conseil de l'Europe et du Comité Permanent des Médecins de la CEE.depuis 1987.

Enfin, le Parlement Européen a adopté le 16 décembre 2003 une résolution réaffirmant l'importance de la déontologie, confortant le rôle des ordres professionnels et estimant que « l'importance que revêt l'éthique, la confidentialité à l'égard de la clientèle et un niveau élevé de connaissances spécialisées requièrent l'organisation de systèmes d'autorégulation, tels ceux qu'établissent actuellement les ordres professionnels »

Ces lignes retracent le cheminement de la création de l'Ordre des Médecins en réponse au vœu permanent du corps médical, « au-delà de toutes les couches d'opinion de la nation », comme le rappelait en 1981 le Pr. Theil de l'Académie de médecine, et ceci dans un souci qui devait respecter la vérité historique et le devoir de mémoire liés à l'Ordre des Médecins.

Le conseil national

Adresse :
180, bd Haussmann

75008 PARIS

Contact :

Tél. : 01 53 89 32 00 ; Fax. : 01 53 89 32 01

Horaires d'ouverture :

de 9h à 17h

Elus :

Composition du conseil après le renouvellement par tiers de juin 2005

Membre désigné par le Garde des Sceaux – M. Michel FRANC

Membre désigné par l'Académie nationale de médecine – M. Georges CREMER

ALSACE – Dr. Jean-Jacques KENNEL

AQUITAINE – Dr. Michel FILLOL

AUVERNE – Dr. André RAYNAL

BOURGOGNE – Dr. Stanislas DE GAIL

BRETAGNE – Dr. Louis-Jean CALLOC'H

CHAMPAGNE – Dr. Jackie AHR

CENTRE – Dr. Piernick CRESSARD

FRANCHE-COMTE – Dr. Jean-Claude SARREY

LANGUEDOC – Dr. Francis MONTANE

LIMOUSIN – Dr François ROUSSELOT

LORRAINE – Dr. Xavier DEAU

MIDI-PYRENEES – Dr. Jean BROUCHET

NORD – PAS-DE-CALAIS – Dr. Albert DEZETTER

BASSE-NORMANDIE – Dr. François STEFANI

HAUTE-NORMANDIE – Dr. Lionel PRENTOUT

PAYS-DE-LA-LOIRE – Dr. Jacques LUCAS

PICARDIE – Dr. Walter VORHAUER

POITOU-CHARENTES – Dr. Jean-Marie COLSON

Ensemble de la REGION PARISIENNE – Dr. Gérard LAGARDE

VILLE DE PARIS – Dr. Philippe BICLET ; Dr. Hervé BOISSIN ; Dr. Didier

ROUGEMONT ; Dr. Irène KAHN-BENSAUDE ; Dr. Gérard ZEIGER

HAUTS-DE-SEINE – Dr. Michel LEGMANN

VAL-DE-MARNE – SEINE-ET-MARNE – Dr. André DESEUR

SEINE-SAINT-DENIS – VAL D'OISE – Dr. Patrick BOUET

YVELINES – ESSONNE – Dr. André LEON

PROVENCE – COTE D'AZUR – CORSE – Dr. Pierre JOUAN – Pr. Henry ZATTARA

RHONE-ALPES – Dr. Boris CHATIN – Dr. Jean-François KNOPF

GUADELOUPE – Dr. Michel GELARD-THOMACHOT ; Suppléant : Dr. Alex MOZAR

MARTINIQUE – Dr. René LEGENDRI

GUYANE – Titulaire : Dr. Elie CHOW-CHINE ; Suppléant : A élire
LA REUNION – Titulaire : Dr. Yves COURBIS ; Suppléant : Dr. Aboobakar
ABDULLA

Membres cooptés par le Conseil National

Pr. Jacques ROLAND

Dr. Jacques MORNAT

Dr. William JUNOD

Composition du bureau :

Présidents honoraires : Pr. Jean LANGLOIS, Dr. Michel DUCLOUX

Président : Pr. Jacques ROLAND

Secrétaire Général : Docteur Jacques LUCAS

Vice-Présidents :

Docteur Boris CHATIN

Docteur Michel LEGMANN

Docteur Francis MONTANE

Docteur Gérard ZEIGER

Présidents de Section :

Ethique et Déontologie : Docteur Piernick CRESSARD

Exercice Professionnel : Docteur Jean BROUCHET

Formation et compétences médicales : Docteur Xavier DEAU

Santé Publique : Docteur Irène KAHN-BENSAUDE

Secrétaires généraux adjoints :

Docteur Patrick BOUET

Docteur Michel FILLOL

Docteur Jean-Jacques KENNEL

Trésorier : Docteur Jean-Marie COLSON

Trésorier-Adjoint : Docteur Lionel PRENTOUT