

INDÉPENDANCE(S) DES MÉDECINS

ARTICLE 5 (ARTICLE R. 4127-5 DU CSP)
"LE MÉDECIN NE PEUT ALIÉNER SON INDÉPENDANCE
PROFESSIONNELLE SOUS QUELQUE
FORME QUE CE SOIT."

ORDRE DES MÉDECINS
DE MEURTHE & MOSELLE,
DE MEUSE,
DE MOSELLE,
DES VOSGES
ET DE LA RÉGION LORRAINE

CHÈRE CONSŒUR, CHER CONFRÈRE,

Nous sommes heureux de vous adresser ce document réalisé par les Conseils de la région Lorraine de l'Ordre des médecins, à l'initiative et grâce à la ténacité du Docteur Jean-Paul Schlitter.

L'indépendance professionnelle, avec le secret professionnel, constitue l'un des piliers de la Déontologie médicale, dans l'intérêt de nos patients. Vos interrogations, les difficultés que vous nous avez indiquées nous ont conduits à cette réflexion commune, puis au projet de vous en faire part. Elle est un devoir pour nous et un droit fondamental pour les patients. Nous espérons que cette lecture vous intéressera, apportera des éléments utiles à votre pratique, et vous invitera à vous rapprocher de vos conseillers pour approfondir le débat ou chercher des informations.

Avant de vous souhaiter une heureuse année 2017, nous avons souhaité vous rappeler la position du CNOM sur les indispensables conditions de l'indépendance des médecins dans le cadre de la convention médicale conclue en 2016.

L'Ordre des Médecins de Meurthe & Moselle, de Meuse, de Moselle, des Vosges et de la région Lorraine

ANALYSE CRITIQUE DE LA CONVENTION MÉDICALE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS

Dans le cadre de l'analyse de la convention, le Conseil national de l'Ordre des médecins relève des difficultés importantes. La convention donne à l'Assurance maladie un pouvoir normatif qui ne lui appartient pas sur les contenus métiers, qui pourrait se faire au détriment de l'indépendance professionnelle. En l'état, la convention n'apporte pas de réponse structurelle nécessaire à l'adaptation globale de notre système de santé. La convention fait le choix d'orienter la rémunération vers des dispositifs précaires et ciblés, sous le contrôle de l'Assurance maladie, plutôt que d'augmenter la valeur des actes de base du médecin conventionné, ce qui équilibrerait les trois piliers conventionnels de la rémunération du praticien auxquels l'Ordre des médecins est attaché. Ce faisant, elle fait peser sur les médecins conventionnés de nouvelles charges administratives obérant un peu plus le temps médical et laissant à ces derniers la tâche d'expliquer aux patients les différents coûts d'actes à géométrie variable. La convention n'intègre pas l'exercice de la médecine de premier recours et de second recours dans la structuration nécessaire de l'offre de soins de proximité, au-delà de l'exercice libéral.

En revanche, le CNOM retrouve dans le texte certaines des propositions avancées préalablement et pendant le débat sur la loi de modernisation de notre système de santé :

- ▶ Priorité donnée à la place du médecin traitant dans le parcours de santé du malade.
- ▶ Reconnaissance du rôle de la médecine spécialisée de second recours, même si elle est insuffisante.
- ▶ Mesures incitatives à la présence médicale en tous

points du territoire.

- ▶ Volonté de mettre en œuvre des dispositifs dématérialisés d'appui aux médecins et aux usagers.
- ▶ Annonce d'une amélioration dans la protection sociale des médecins conventionnés.

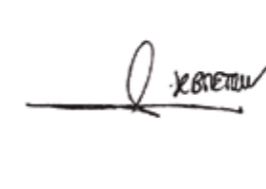
Sur ce point, le Conseil national demande au ministère de la Santé et à l'UNCAM de mettre en œuvre dans le prochain projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 ces dispositions attendues par tous les médecins conventionnés, et tout particulièrement les jeunes médecins. Au terme de cette analyse, il apparaît au Conseil national de l'Ordre des médecins que la convention signée le 25 août 2016 n'apporte pas les réponses attendues par les médecins et les usagers pour la facilitation du parcours de soins. Dans ce texte de 455 pages, un trop grand nombre de mesures nous semblent complexifier la relation médecin-malade et l'action des acteurs de la santé. Ces mesures sont susceptibles de fragiliser les valeurs fondamentales de la déontologie médicale. Le Conseil national n'hésitera pas à engager des actions contentieuses si l'application du texte conventionnel conduisait à une remise en cause de l'indépendance professionnelle et du secret médical, notamment lors de l'introduction dans la CCAM des consultations complexes. Le Conseil national s'opposera à ce qu'elle permette, comme cela est prévu par le texte conventionnel, une ré-identification du contenu de la consultation et de la pathologie (par exemple, infection à HIV) prise en charge, qui pourrait faire l'objet d'un traitement par les services administratifs des régimes d'Assurance maladie obligatoires voire complémentaires. Il y aurait là une atteinte au secret médical.

Au service des médecins, dans l'intérêt des patients, nous vous souhaitons une bonne lecture. Nous vous invitons à vous connecter sur le lien www.franceschetti.fr/questionnaire qui permettra à Célia Franceschetti d'évaluer l'intérêt que vous aurez porté à ce document, dans le cadre de son travail de thèse.

Bruno Boyer



Jean-Christophe Breton



Jean-Michel Brichard



Francis Durupt



Vincent Royaux





EXPRIMEZ-VOUS !

Dans le cadre d'un projet de thèse d'exercice pour la faculté de Médecine de Nancy, pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine, je réalise avec le soutien et la collaboration des Conseils de l'Ordre des Médecins de la région Lorraine, et sous la direction du Pr Paolo Di Patrizio et du D^r Jean-Paul Schlitter, une étude sur les connaissances et le ressenti des médecins lorrains sur le thème de l'indépendance professionnelle, ainsi que l'évaluation de ce guide.

Ainsi, je vous serai gré de bien vouloir compléter un questionnaire en ligne, disponible à cette adresse : www.franceschetti.fr/questionnaire. Ce lien sera valable jusqu'au 31 mars 2017.

Je vous remercie de consacrer quelques minutes au plus de votre temps à ce projet. Avec toute ma reconnaissance.

Célia Franceschetti

Interne en médecine générale, Faculté de médecine de Nancy

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN HOSPITALIER

Pr MICHEL CLAUDON, Dr BERNARD CHRISTIAN, CÉLIA FRANCESCHETTI

Pr Michel Claudon

Président de la CME du CHRU de Nancy, Président de la Conférence nationale des Présidents de CME de CHU

Le médecin hospitalier exerce, comme chaque acteur de santé, dans un système organisé où l'interdépendance, et non l'indépendance, des acteurs au sein de l'hôpital est la règle. Cette interdépendance se conjugue au quotidien ; elle se retrouve dans les démarches transversales de l'établissement : projets médicaux et de soins, amélioration de la qualité du parcours et de la sécurité du patient, accès à l'innovation, management, formation et recherche...

Cependant, la relation intime et confiante entre médecin et patient doit rester le fondement de l'exercice médical, quels que soient les organisations ou les outils de communication existants ou à venir. Cette relation se vit très majoritairement à l'hôpital au sein d'une équipe médicale, en activité programmée comme dans le cadre de l'urgence, dans un exercice collectif à responsabilité partagée. Elle s'y pratique, s'y enseigne. Le cadre nouveau des groupements hospitaliers de territoire (GHT), introduit par la loi de modernisation de notre système de santé, va donner une nouvelle dimension à cette interaction des médecins, acteurs et responsables, en créant des équipes territoriales, voire des pôles interétablissements. L'émergence de nouveaux métiers et de nouveaux acteurs de santé doit être assumée dans le dialogue entre médecins et non-médecins, privilégiant

la continuité et la qualité de la prise en charge du patient.

La professionnalisation de nombreuses fonctions transversales au sein des établissements hospitaliers publics s'accélère actuellement. Par exemple, le regroupement des fonctions achat, s'il est bénéfique en termes de prix, est un risque pour le médecin de se voir imposer des choix qu'il n'a pas validés ou dont il n'a pas été informé. Cela est d'autant plus vrai que les mesures d'économie souhaitées par les tutelles imposent des politiques d'achats groupés à des niveaux régionaux ou nationaux, très éloignés du praticien individuel. Ils concernent notamment les médicaments, les dispositifs médicaux, les appareils biomédicaux, qui sont pourtant les outils de son exercice quotidien. Les médecins doivent donc faire preuve d'une grande vigilance et être actifs dans de nombreux domaines : veille scientifique, pharmaceutique et technique en amont, participation effective aux évaluations techniques des produits, implication dans les structures de choix internes comme les COMEDIMS, affirmation du libre choix de prescription pour chaque praticien. Il en va de même au niveau de la gestion du dossier patient, des systèmes d'information dans chaque établissement et équipe de territoire.

Les modalités de gouvernance interne sont un autre enjeu, que ce soit à la tête d'un établissement, où la CME comme son président doivent porter haut et fort la voix de la communauté médicale, ou au sein des pôles et services.

À ce titre, au CHRU de Nancy, le processus de nomination des chefs de pôle et de service privilégie la démarche de projet partagé, associant une annonce préalable de vacance de poste, une réunion de présentation et une discussion du projet de chaque candidat devant ses pairs médicaux et les responsables de l'établissement, une signature du contrat de pôle et la définition de modalités de suivi.

La dépendance des médecins vis-à-vis du chef de service ou de pôle doit faire place aujourd'hui à une appropriation partagée et solidaire des objectifs et des changements décidés au niveau du projet de service, et une participation collective aux démarches qualité. Une anticipation des carrières pour les plus jeunes, la pratique d'entretiens annuels entre médecins et chef de service, puis entre chefs de service et chef de pôle doivent permettre une large mobilisation des énergies, et de limiter les risques de tension liés au travail. La réforme en cours du 3^e cycle remet le rôle de la formation au premier plan. La Conférence nationale des présidents de CME de CHU propose la mise en place d'un module transversal consacré au parcours patient, théorique et pratique, pour que les règles de base d'organisation et de qualité soient connues et maîtrisées par les futurs médecins, qui seront pleinement acteurs du parcours de soins. C'est aussi par une formation adaptée, nationale ou régionale, qui fera la qualité du management des responsables médicaux futurs, hospitaliers et hospitalo-universitaires.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN HOSPITALIER

PR MICHEL CLAUDON, DR BERNARD CHRISTIAN, CÉLIA FRANCESCHETTI

Celle-ci sera la meilleure garante d'une indépendance du corps médical vis-à-vis des différentes tutelles, dans une restructuration de notre système de santé qui promet d'être longue. Enfin, le contexte de la recherche, qui est une dimension majeure du CHU comme de plus en plus d'établissements publics et privés, voit se poser régulièrement la question des conflits d'intérêts avec l'industrie. Dans ce domaine, entre nécessité de compétence des experts et impartialité des choix et procédures, la seule arme est la transparence, qui, seule, garantit l'indépendance du médecin chercheur.

Dr Bernard Christian

Indépendance professionnelle et milieu hospitalier

Le principe d'indépendance professionnelle des médecins fait obstacle à ce que les décisions médicales prises par le praticien dans l'exercice de son activité soient soumises à l'approbation d'un autre médecin, à ce que les décisions médicales prises par un praticien hospitalier soient soumises à un accord préalable du chef de service. En pratique, s'il est loisible à l'autorité administrative de décider du cadre réglementaire dans lequel s'exerce l'activité des médecins, il lui est par contre interdit d'intervenir sur le contenu de leur activité.

Cela étant, l'atteinte à l'indépendance professionnelle ne se présume pas, mais doit se déduire d'un ensemble d'indices

et d'éléments concrets. Autrement dit, l'aliénation par le praticien de son indépendance professionnelle doit pouvoir être constatée dans l'activité, le comportement ou la situation juridique du médecin : tel peut être le cas lorsque celui-ci, notamment, accepte de fait ou par contrat des cadences de travail excessives, se soumet à une obligation de "remplissage" des lits ou à des impératifs thérapeutiques incompatibles avec la liberté de prescription, perçoit un salaire calculé en considération de la quantité des actes pratiqués et de normes de productivité. Tel peut être le cas lorsque les décisions médicales du praticien sont soumises par l'autorité administrative à l'approbation de l'un de ses confrères.

Praticien hospitalier et administration

Le directeur d'un ESP assure la gestion et la conduite générale de l'établissement. Il dispose à cet effet d'un pouvoir hiérarchique sur l'ensemble de son personnel (article L.6143-7). L'autorité du directeur s'exerce "dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art".

L'article L.6146-5-1 relatif aux pouvoirs des praticiens chefs de service dispose que ceux-ci "assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la

coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée". Par conséquent, les pouvoirs des directeurs d'établissement et des chefs de service à l'égard des praticiens hospitaliers placés sous leur autorité ne peuvent s'exercer que dans le respect du principe de l'indépendance professionnelle des médecins, rappelé à l'article R.4127-5 du Code de la santé publique.

Si le directeur ne peut en aucun cas et à aucun moment méconnaître le principe d'indépendance professionnelle, que peut-il faire lorsque l'activité médicale d'un praticien hospitalier lui semble compromettre le bon fonctionnement du service public hospitalier ?

Cas concret

Le Dr J., ORL depuis 1997 au CH de S., est praticien titulaire depuis 2005. Depuis plusieurs années, il est en conflit avec les anesthésistes-réanimateurs. Plusieurs dysfonctionnements graves sont survenus, et, en octobre 2005, les 6 anesthésistes-réanimateurs de l'hôpital, à la suite d'un nouvel incident, écrivent au directeur pour lui indiquer qu'ils refuseraient dorénavant de collaborer avec le Dr J. Pour sortir de cette situation, le directeur de l'hôpital a alors mis en place un "protocole de fonctionnement" d'une durée de quatre mois qui prévoyait le retour du Dr J. au bloc opératoire et s'accompagnait d'une obligation de validation en temps réel de toutes les décisions préopératoires (indication opératoire, programmation de l'intervention et degré d'urgence éventuel) de l'intéressé par son chef de

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN HOSPITALIER

PR MICHEL CLAUDON, DR BERNARD CHRISTIAN, CÉLIA FRANCESCHETTI

service, le Dr B., ou en l'absence de celui-ci, par l'un de ses collaborateurs, le Dr T. Le Dr J. conteste cette décision devant le tribunal administratif. Le tribunal administratif a estimé que le directeur avait pu valablement soumettre le Dr J. à la supervision de son chef de service, mais pas à celle du Dr T. qui n'était que praticien attaché. Le Dr J. s'est pourvu en cassation, estimant qu'il y avait atteint à son indépendance professionnelle. La question que pose cette affaire est de savoir si, lorsque des considérations d'intérêt général tenant par exemple au bon fonctionnement d'un service hospitalier le nécessitent, il est possible de porter atteinte à cette indépendance professionnelle par exemple en instaurant une supervision sur les actes d'un médecin.

Le Conseil d'État a répondu que non (CE, 02/10/2009 n° 309274)

La jurisprudence administrative précise que le directeur peut légalement décider de suspendre un praticien hospitalier de ses activités cliniques et thérapeutiques, à condition d'en référer aux autorités ordinaires. Le directeur de l'ARS dispose également du pouvoir de suspendre un médecin lorsque celui-ci expose ses patients à un danger grave et immédiat. Cette suspension ne peut excéder cinq mois, et le praticien hospitalier doit être reçu dans les trois jours par le directeur de l'ARS, qui doit transmettre immédiatement le dossier à la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des Médecins.

Célia Franceschetti

Et les médecins en formation ?

Le statut de l'interne en médecine est défini par l'arrêté du 8 octobre 2010 et les articles R.6153-1 et suivants du Code de la santé publique. L'interne en médecine est un agent public non titulaire en formation. Il exerce des fonctions de prévention, de diagnostic et de soins par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève, et ce, pour des actes courants adaptés à ces capacités. Il a le droit de prescription (sauf pour les stupéfiants). Il ne peut rédiger de certificats ayant une conséquence juridique (décès, expertise, hospitalisation sous contrainte). Il est soumis au règlement des établissements ou des organismes dans lesquels il exerce une activité. Par conséquent, il est exposé à des sanctions disciplinaires administratives (avertissement, blâme, exclusion).

De par sa responsabilité individuelle, il peut être poursuivi au niveau civil ou pénal, selon la situation. Par contre, n'étant pas thésé, l'interne en médecine n'est pas inscrit à l'Ordre. Il ne peut être poursuivi au niveau ordinal. Cependant, il reste sous la responsabilité d'un médecin qui veille au respect du Code de déontologie, et donc à son indépendance professionnelle.

Par exception, dès lors que l'interne non thésé effectue un remplacement, il est détaché du praticien référent, et soumis au Code de déontologie, s'exposant le

cas échéant à un recours ordinal. Du fait de ce statut de médecin en formation, compte tenu des bases juridique et administrative, quelles sont les situations où l'interne peut perdre son indépendance, et quels sont les recours possibles ?

Le médecin en formation et les praticiens

L'interne exerce par délégation et sous la responsabilité du praticien dont il relève. En cas de désaccord de prise en charge, il peut exercer un droit de retrait. Il est vivement conseillé d'avoir recours à une tierce personne ou un supérieur hiérarchique en cas de problème majeur.

Le médecin en formation et les forces de l'Ordre

En cas de réquisition, l'interne doit déférer, mais ne peut rédiger de certificat. Cela prend alors la forme d'une observation médicale en mentionnant sa qualité d'interne en médecine.

Le médecin en formation et les laboratoires pharmaceutiques

D'après l'article R.1451-1 du Code de la santé publique et l'article L.4113-6 étendu aux étudiants se destinant aux professions médicales, l'interne doit faire l'objet d'une déclaration publique d'intérêt. Il doit conserver un esprit critique. Il peut demander à ce que les conflits d'intérêts de ses enseignants soient dévoilés. Pour toutes les autres situations, le cadre juridique du médecin thésé s'applique à l'interne en médecine, sous la responsabilité d'un médecin senior.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN VIS-À-VIS DU PATIENT ET DE LA FAMILLE

ASSOCIATION "VIVRE COMME AVANT"

L'indépendance du médecin serait-elle mise à mal ?

S'il est admis qu'un médecin ne peut "aliéner son indépendance professionnelle, cette autonomie est acquise quand chacun de ses actes professionnels est déterminé par le seul jugement de sa conscience et les références à ses connaissances scientifiques avec comme objectif l'intérêt du patient". L'indépendance du médecin est un des piliers de la déontologie, mais cette dernière est souvent menacée dans son application. Les exemples sont pluriels. C'est entre autres le cas de la médecine d'équipe, de la médecine en milieu public où il existe un risque de subordination et où le praticien subit la pression des autorités de santé pour réduire la durée moyenne de séjour, de la médecine privée où le médecin peut être confronté à des facteurs financiers et dans ce cas limité dans certaines prescriptions en raison de leur coût.

La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 traduit la volonté d'offrir une prise en charge de qualité à l'ensemble des populations, qui toutes doivent accéder à l'offre de soins dans de bonnes conditions, mais dans cette perspective il est possible d'imaginer que l'exercice médical pourrait être encore un peu plus impacté. L'objectif est clair. Il s'agit de rendre accessible à tous la meilleure réponse sur l'ensemble des territoires afin d'assurer la continuité horaire et territoriale des soins et une orientation adaptée des patients. Évidemment, cela questionne les pratiques et les modes d'exercice des métiers médicaux ainsi que l'évolution

des compétences de chacun, car cela relève d'une responsabilité collective de l'ensemble des acteurs de soins des territoires à laquelle il faut parvenir. Inéluctablement, nous allons vers une réelle modification des pratiques dans le sens où les acteurs ne vont plus travailler individuellement mais en coopération dans le partage des valeurs communes. Il est donc nécessaire que cesse cette vieille habitude d'opposer les libéraux et les hospitaliers, les spécialistes et les généralistes... Ce jeu d'opposition n'a plus de sens.

Parallèlement, l'accessibilité financière des soins est au cœur du débat. Nous sommes tous d'accord qu'il faut lever les obstacles financiers à l'accès aux soins, mais ne serait-il pas plus facile et judicieux d'écourter le délai de remboursement des soins aux patients plutôt que de vouloir généraliser le tiers payant dont la mise en place constitue une charge de travail pour les médecins et des difficultés de remboursement du fait de l'absence de coordination entre régimes obligatoires et complémentaires santé ? Nous serions de surcroît face à un dispositif qui pourrait faciliter l'assujettissement des médecins au financeur, lequel se trouve aussi être l'organisateur des soins.

Il est également important de souligner que nous assistons depuis quelques années à un désengagement progressif de l'Assurance maladie au profit des réseaux de complémentaires et mutuelles ce qui pourrait faciliter la création de réseaux de soins, lesquels influenceraient les pratiques, les traitements et imposeraient aux patients le médecin ou le chirurgien. Cela constituerait une perte de liberté

pour le patient et vraisemblablement une médecine tirée vers le bas avec des soins low cost basés sur le volume et la rentabilité. Sur un tout autre registre, on peut se demander si les médecins conserveront demain leur liberté de s'installer dans la région de leur choix ou si nous allons assister à leur mise sous tutelle et à une forme d'étatisation de la santé via un découpage territorial. L'accessibilité des soins en tous points des territoires conduira inéluctablement à la réorganisation de la médecine de ville, à la mutualisation des moyens et à l'organisation d'une subsidiarité des acteurs en cas de carence, mais elle devra surtout se faire dans le respect du patient et l'autonomie du médecin, car l'un ne va pas sans l'autre.

L'ASSOCIATION "VIVRE COMME AVANT"

Il s'agit d'une association d'aide et de soutien aux femmes atteintes d'un cancer du sein. Les bénévoles ont été toutes opérées d'un cancer du sein et ont été préparées et formées à la relation d'aide et d'écoute. "Vivre comme avant" (VCA) a été fondée aux États-Unis en 1953 sous le nom de Reach to Recovery par Thérèse Lasser, elle-même opérée d'un cancer du sein. Reach to Recovery International est présent aujourd'hui sur les 5 continents, dans 70 villes de France, 250 établissements hospitaliers et compte environ 120 bénévoles sur l'ensemble de l'Hexagone. En France, c'est Francine Timothy et Denise Escudier qui ont impulsé et créé en 1975 un groupe d'anciennes opérées sous le nom de "Vivre comme avant".

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN VIS-À-VIS DES CONFRÈRES ET AUTRES PROFESSIONNELS

DR OLIVIER JAVELLE, MONIQUE DURAND

D^r Olivier Javelle

Indépendance professionnelle et confiance

L'indépendance professionnelle est une obligation déontologique. Comment la garder quand on est médecin d'une équipe de sport professionnel où se mêlent les enjeux sportifs, financiers et médiatiques ?

La seule condition : **avoir la confiance !** La confiance du joueur en lui donnant rapidement un diagnostic et une date de reprise. La confiance de l'équipe médicale qui vous entoure : les confrères d'autres spécialités : chirurgiens, radiologues, médecins de médecine physique..., les paramédicaux et auxiliaires médicaux : dentistes, kinésithérapeutes, podologues, diététiciens... Car là aussi c'est un travail d'équipe, une équipe où chacun doit savoir quel est son rôle et s'y tenir ! Cette équipe doit parler d'une seule voix, synthétisée par le médecin du sport qui doit rester le décideur. La confiance du staff technique et de l'entraîneur. Pour cela, il est primordial que le médecin soit capable de donner rapidement et précisément un diagnostic et une stratégie thérapeutique performante. L'entraîneur veut son joueur au plus vite en étant certain de pouvoir compter sur lui. Il convient au médecin de fixer des délais de reprise précis en se basant sur son examen, son expérience, les examens complémentaires, les publications, les études et les recommandations des sociétés savantes. Si vous avez ces confiances, votre indépendance médicale est acquise ; dans le cas contraire, vos décisions seront discutées, remises en cause,

et vous perdrez "les rênes" et toute possibilité d'indépendance. Alors : au suivant, car, si vous restez votre vie va devenir... compliquée et surtout, non déontologique !

Monique Durand (pharmacienne)

Indépendance professionnelle médecins - pharmaciens

Les Codes de déontologie des professions de santé consacrent un article spécifique au devoir d'indépendance, même si, dans de nombreuses situations, il est important que les professionnels coopèrent dans l'intérêt du patient. Ainsi, ils peuvent être amenés à partager leurs connaissances, à échanger des informations, à mutualiser des données de patients. Cependant, même dans ces situations, l'indépendance professionnelle de chacun doit être rigoureusement protégée de l'influence étrangère à l'intérêt du patient. De plus en plus de professionnels se regroupent pour exercer, précisément pour optimiser le parcours de soins des patients. Mais qu'en est-il lorsqu'un pharmacien est à l'initiative de la création d'une maison de santé qu'il finance si son objectif est d'attirer des prescripteurs dans sa commune et pérenniser son outil de travail ? Un médecin ne risque-t-il pas de se placer en situation de conflit d'intérêts s'il accepte un loyer gratuit ou au rabais provenant de ce pharmacien susceptible de tirer un profit directement ou indirectement de l'avantage consenti ? Ne sommes-nous pas alors dans une situation de compérage, défini comme l'intelligence dans le sens de "complicité" entre deux ou plusieurs personnes en vue d'avantages obtenus au détriment du patient ou d'un tiers ? Que devient

l'indépendance de ce médecin "redevable" au pharmacien financeur ? Si je comprends la démarche de mes confrères, ruraux notamment, qui n'ont parfois pas d'autre choix, pour pérenniser leur outil de travail, que de favoriser l'installation d'autres professionnels de santé, je suis cependant très réservée si toutes les garanties ne sont pas prises dès le début pour veiller au respect de l'indépendance des différentes parties. En prévoyant une séparation de l'officine des autres locaux professionnels, le législateur a incontestablement pensé à cette notion d'indépendance.

Témoignage d'un kinésithérapeute

"Lors d'un déplacement au sein de mon établissement, je croise le pneumologue ; nous connaissant de longue date, nous abordons le cas d'un patient, et je lui fais part de mes remarques quant à la prise en charge de la rééducation de ce patient. Nous sommes un peu en désaccord, quand, à un moment donné, il s'adresse à moi et me dit 'C'est qui le médecin ici ?'. Ce fut le terme de notre débat."

QU'EST-CE QUE LE COMPÉRAGE ?

"C'est une entente contraire à la déontologie entre membres de certaines professions libérales."
P^r Gérard Cornu

Article 23 du Code de déontologie médicale : "Tout compérage entre médecins et pharmaciens, auxiliaires médicaux ou toutes autres personnes physiques ou morales est interdit."

Les médecins peuvent encourir une sanction de nature disciplinaire prononcée par leur ordre professionnel.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN EN HAD

DR CÉCILE DI SANTOLO, DR CÉLINE LEVEQUE-DAVAL



Indépendance du médecin coordonnateur dans les structures d'HAD : le médecin d'HAD et sa direction

L'HAD a pour vocation d'être une structure intermédiaire entre la ville et l'hôpital. Son statut est celui d'un établissement de santé dont l'organisation, identique dans tous les établissements de santé, comprend une direction et une Commission Médicale d'établissement. La CME est un organisme de concertation et de suggestions entre les médecins et l'établissement. La CME veille à l'indépendance professionnelle des médecins. Le médecin coordonnateur est recruté et salarié par le service d'HAD. Dans la structure, le médecin a plusieurs fonctions, définies dans la circulaire DGOS du 1^{er} décembre 2006. Sa fonction principale est d'être le référent médical de la structure dans le respect des règles professionnelles et déontologiques en vigueur. Il est, au sein de l'HAD, le responsable de la prise en charge globale du patient.

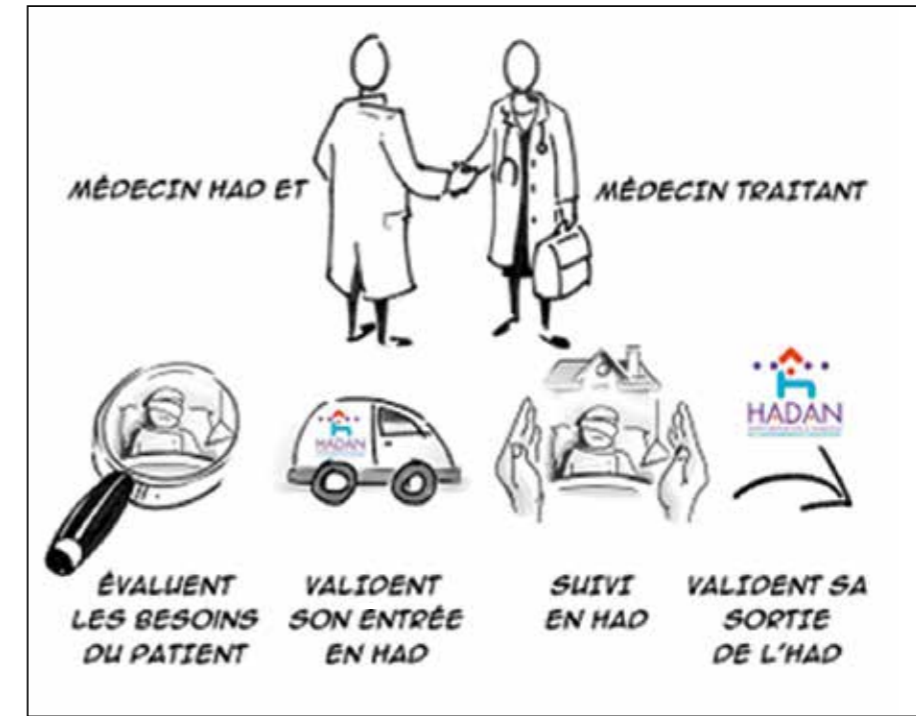
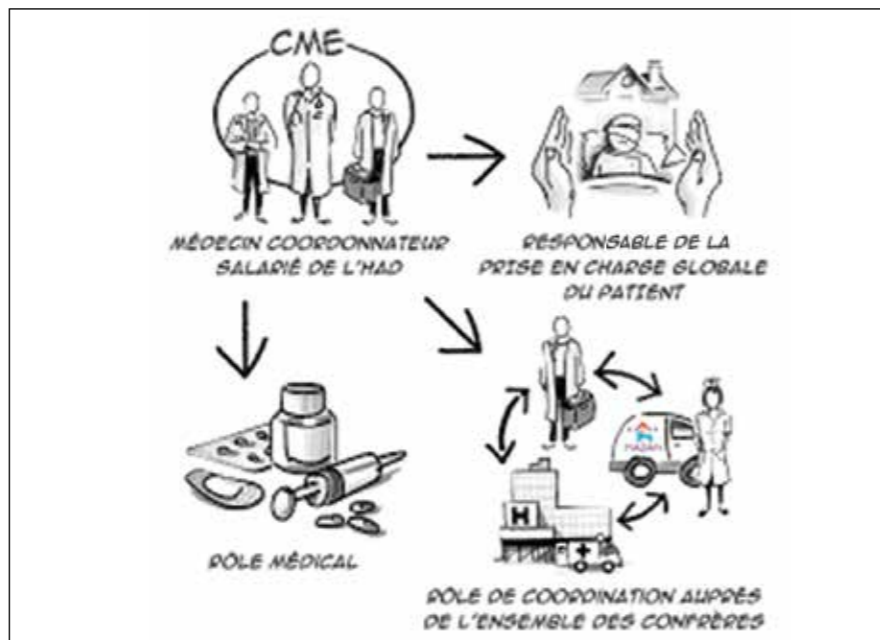
Il a un rôle médical auprès des patients et un rôle de coordination auprès de l'ensemble des confrères intervenant dans la prise en charge. Il a également pour mission d'organiser le fonctionnement médical de la structure, il participe au management stratégique de l'établissement.

Par ailleurs, comme tout établissement de santé, on retrouve en HAD les mêmes obligations envers les tutelles, soit :

- Démarche Qualité : Certification HAS avec contrôle par les experts visiteurs.
- Tarification à l'activité et contrôles par la CPAM.
- Orientations de l'Agence Régionale de Santé.
- Projet d'Établissement.
- Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens.
- Contrat du Bon Usage du Médicament.
- Etc.

Médecin traitant et médecin d'HAD : indépendance ou dépendance ? Complémentarité !

Spécificité de l'HAD : la prise en charge médicale repose sur un binôme formé par le médecin traitant et celui de l'HAD. La place et l'indépendance du médecin libéral au cours de sa collaboration au sein de la structure sont garanties par la signature d'une convention entre les deux parties ; cette convention reprend les droits et devoirs de chacun auprès du patient.



Voici les missions de chacun au décours du séjour du patient en HAD :
Rappel : la demande de prise en charge en hospitalisation à domicile d'un patient EST une prescription médicale faite par le praticien du patient.

- **Étape d'évaluation** : sur demande d'un médecin
 - Analyse de la situation médico-psycho- sociale par le Med co.
 - Accord indispensable de son collègue médecin traitant.
 - Accord indispensable du patient et de son entourage.
 - Le Med co est le seul après analyse de la situation, à prononcer l'entrée en HAD.

→ **En cours d'HAD** : un suivi médical particulier reposant sur un binôme formé par le médecin traitant et le médecin d'HAD

- Suivi habituel par le médecin traitant qui a une parfaite connaissance de son patient, son histoire, son entourage, son environnement.
- Sollicitation si besoin du Med co : expert dans des domaines spécifiques variables en fonction des HAD : soins palliatifs, douleur, nutrition, soins de support, plaies complexes, rééducation...
- Coordination des soins et des informations entre la ville et l'hôpital par le Med co.

Une prise en charge du patient performante

► Avantage pour le patient : continuité 24/24 7/7, prescription du Medco en cas d'urgence et/ou en l'absence du médecin traitant, lien fait par le Medco au médecin traitant : partage permanent des informations.

→ Sortie d'HAD

Elle est prononcée par le médecin de l'HAD après concertation avec son collègue libéral.

Médecin traitant et médecin d'HAD : un binôme essentiel

Donc, intervention conjointe chacun dans son domaine de compétence.

Un objectif commun : une prise en charge de qualité pour les patients, garantissant sécurité et professionnalisme.

Un outil : la prise en charge en hospitalisation à domicile.

Un facteur clef de réussite : travailler ensemble.

Pour cela :

- Se connaître pour mieux communiquer.
- Former un binôme complémentaire et efficace pour le bien des patients.

En conclusion

L'objectif de cette organisation est de permettre aux patients de bénéficier de soins complexes et/ou fréquents et/ou nécessitant un suivi particulier à domicile pour, le plus souvent, raccourcir le temps hospitalier ou l'éviter. Voici la liste des soins pouvant déclencher une HAD pour vos patients :

CRITÈRES MÉDICAUX ?

1 CRITÈRE > ENVISAGEABLE

- > SOINS PALLIATIFS
- > TRAITEMENT ANTALGIQUE = IV, SS CUT
- > TRAITEMENTS INTRAVEINEUX = AB, AUTRES
- > NUTRITION : IV, BEP, SNG
- > ADMINISTRATION DE CHIMIOTHÉRAPIE (IV, SS CUT, P.O.)
- > SURVEILLANCE DE CHIMIOTHÉRAPIE
- > SURVEILLANCE DE RADIOTHÉRAPIE
- > SURVEILLANCE D'APLASIE
- > PANSEMENTS COMPLEXES
- > THÉRAPIE À PRESSION NÉGATIVE
- > STOMIE COMPLIQUÉE
- > SURVEILLANCE APRÈS INTERVENTION CHIRURGICALE
- > RÉÉDUCATION ORTHOPÉDIQUE (SX/SEMAINE)
- > RÉÉDUCATION NEUROLOGIQUE (SX/SEMAINE)

PLUSIEURS CRITÈRES > ENVISAGEABLE

- > OXYGÉNOTHÉRAPIE OU VNI
- > SUIVI PSYCHOLOGIQUE OU SOCIAL
- > SOINS DE NURSING
- > RÉÉDUCATION ORTHOPÉDIQUE (3X/SEMAINE)
- > RÉÉDUCATION NEUROLOGIQUE (3X/SEMAINE)

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN EN EHPAD

DR VINCENT PEUREUX

Le médecin coordonnateur en EHPAD exerce sous la responsabilité hiérarchique organisationnelle du directeur de l'établissement dans le respect du secret médical et en toute indépendance, ce qui peut parfois être difficile à concilier :

- ▶ Que doit connaître la direction de l'établissement du passé ou du présent médical d'un résident ?
- ▶ Comment expliquer une prise en charge sans avancer d'arguments médicaux (démence, maladie de Parkinson, diabète, incontinence...) à sa direction : peut-on toujours se retrancher derrière le secret médical sans fournir d'explications pertinentes ?

Certaines contraintes institutionnelles ne peuvent pas être ignorées par le médecin coordonnateur, garant de la bonne prise en charge des résidents.

- ▶ Contraintes financières, comme les pansesments, qui sont à la charge de l'établissement, les compléments alimentaires...
- ▶ Organisation de la cuisine (avec les différents régimes ou textures...) et des

services hôteliers.

- ▶ Contraintes en personnel, personnel soignant qui dépend du financement par les ARS en fonction de la dépendance des résidents à un instant T (PATHOS et GMP).

L'absence de lien hiérarchique entre le médecin et le personnel soignant (IDE ou aides-soignantes) présent dans l'établissement au quotidien nécessite parfois une intervention de la direction en cas de comportement inadapté ou de conflit quant à la prise en charge des résidents. Le médecin coordonnateur exerce son activité à temps partiel et doit pouvoir travailler en équipe avec les IDE et l'ensemble du personnel soignant et non soignant, en toute confiance. Il doit être tenu informé rapidement des situations médicales aiguës sans pour autant se substituer au médecin traitant. Le médecin coordonnateur doit entretenir de bonnes relations avec ses confrères qui interviennent dans l'établissement (libre choix du médecin

traitant par le résident), qui n'ont pas obligatoirement les mêmes pratiques que lui et qui ne sont pas prêts pour certains à prendre en compte les contraintes des établissements type EHPAD. Certaines situations semi-urgentes nécessitent de bien connaître le médecin traitant, qui pourrait ne pas apprécier l'intervention du médecin coordonnateur pour l'un de ses patients (décret de 2011), alors qu'un autre pourrait l'encourager. Enfin, le médecin coordonnateur doit avant tout veiller au bien-être du résident sans céder aux pressions familiales ou à toutes autres pressions extérieures.

Conclusion

Le médecin coordonnateur doit veiller à son indépendance dès sa prise de fonction et entretenir des relations privilégiées et de confiance réciproque avec sa direction. En cas de mésentente sur le fonctionnement de l'établissement et la prise en charge des résidents, le médecin est souvent obligé de quitter ses fonctions.

nir inconfortable, surtout quand les motifs de conflit touchent à des fonctions médicales qui semblent essentielles au médecin coordonnateur, la seule solution reste alors le départ du médecin coordonnateur... situation que j'ai déjà vécue sans problème puisqu'il y a souvent des postes vacants dans notre profession.

Vis-à-vis des confrères : j'ai toujours réussi à avoir des relations très confraternelles avec les médecins libéraux, je n'hésite pas à prendre contact avec eux si nécessaire, mais je ne passe pas mon temps à les déranger au téléphone ; je passe souvent aussi par les infirmières, qui connaissent bien les médecins traitants. Un respect mutuel, un peu de diplomatie et d'écoute permettent d'éviter à mon avis les conflits, sauf personnalité particulière du médecin traitant et bien sûr du médecin coordonnateur. Le problème majeur reste celui de la non-intervention ou intervention trop tardive de certains médecins auprès de leurs résidents, situation souvent récurrente, expliquée en général par la surcharge de travail des médecins libéraux. Au début, il vaut mieux cerner la personnalité du médecin libéral et progressivement gérer les situations les plus urgentes et graves, comme cela est prévu dans le dernier décret de 2011. Bien sûr, de la diplomatie, un peu de psychologie et le sens des relations humaines sont absolument indispensables pour exercer la profession de médecin coordonnateur.

TÉMOIGNAGE

J'exerce depuis 11 ans en tant que médecin coordonnateur et j'ai travaillé dans 5 EHPAD : public hospitalier, fonction publique territoriale et privé associatif. Je travaille actuellement uniquement dans 2 EHPAD publics hospitaliers.

Indépendance du médecin coordonnateur vis-à-vis de la direction : celle-ci est mieux respectée qu'au début ; néanmoins, les relations direction-médecin coordonnateur sont toujours spécifiques à un établissement, la relation peut être plus délicate dans les EHPAD de petite dimension : le directeur connaît souvent très bien les situations de tous les résidents et peut s'immiscer parfois sans le vouloir ou volontairement dans des domaines qui relèvent des missions du médecin coordonnateur et du secret médical. Son autorité vis-à-vis du personnel soignant peut également mettre le médecin coordonnateur en porte à faux vis-à-vis du personnel soignant, d'autant que la présence du médecin coordonnateur est forcément partielle. Ceci dépend bien sûr des personnalités du directeur et du médecin coordonnateur... Au fil du temps, la pression financière est devenue plus importante (impact des coupes PATHOS...). Si des tensions apparaissent dans ce binôme direction-médecin coordonnateur, et s'aggravent du fait des personnalités du directeur et du médecin coordonnateur, la situation risque de deve-

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

DR AMÉLIE ADAM, DR LILIANE BOITEL, DR FRANÇOIS JABOT



Lorsque l'on parle d'indépendance du médecin du travail, on pense tout d'abord à l'indépendance vis-à-vis de l'employeur. Certes, il convient d'être vigilant, comme en témoignent de récentes affaires. Mais, parfois, c'est le salarié qui tente de faire pression sur le médecin du travail. Plus rarement, l'indépendance du médecin peut le mettre en porte à faux avec d'autres confrères. Le respect de cette indépendance est affirmé dans le code du travail (art. L 4623-8).

Cas n°1

M. P. est chef d'une petite entreprise qu'il vient de restructurer en mettant en place un nouveau système informatique. Son adjoint, M. J., âgé de 55 ans, a gravi tous les échelons de l'entreprise. Il présente quelques problèmes de santé pour lesquels il est parfaitement pris en charge. Certes, il est un peu dépassé par le nouveau système, mais il pense qu'avec le temps il finira par être plus performant. M. P. rencontre le médecin du travail et lui fait part de ses soucis : "Vous comprenez M. J. a beaucoup donné à l'entreprise, mais il me semble bien fatigué, je dirais même usé. Pourriez-vous envisager une inaptitude ? Je pense qu'il la mérite... Et puis, moi, j'ai besoin de réactivité, le marché n'est plus

ce qu'il était, les clients sont exigeants, je ne peux me permettre de tels retards." Pour le médecin du travail, une telle inaptitude n'est pas justifiée, et le salarié, informé par le médecin du travail de la démarche de son employeur, ne la souhaite pas non plus. Le médecin du travail n'a pas obtempéré à la demande de l'employeur, mais, lors d'un échange avec ce dernier, il a proposé que le salarié bénéficie d'une formation adaptée. L'inaptitude n'était pas la solution.

Cas n°2

M. O. est carreleur dans une TPE. Après un arrêt de travail suite à la pose d'une prothèse unicompartimentale du genou, le médecin-conseil demande à ce qu'il reprenne son travail et lui suspend ses IJ. Compte tenu de ses contraintes professionnelles, le médecin du travail estime que la reprise est prématurée et s'y oppose, son poste de travail ne pouvant être aménagé. Il s'ensuit un certain nombre de démarches chronophages qui auraient pu être évitées si une visite de préreprise avait été effectuée et si un dialogue s'était instauré plus tôt. Finalement, une prolongation de l'arrêt de travail et une reprise à temps partiel ont permis au salarié de poursuivre sa rééducation et de reprendre, en forme, à temps plein.

Cas n°3

M. D., chauffeur PL, âgé de 51 ans, se présente pour une visite médicale d'embauche. Il est en CDD depuis 5 mois dans l'entreprise et il espère que ce CDD se transformera en CDI. Quand le D' A., médecin du travail, l'interroge sur ses antécédents médicaux, il reste d'abord évasif. C'est lorsqu'il indique ses traitements médicamenteux que le D' A. découvre que M. D. est diabétique et traité par 2 antidiabétiques oraux et une injection d'insuline lente le soir. Afin de s'assurer de la compatibilité de ce diabète avec la conduite PL, le D' A. lui demande les derniers comptes rendus du diabétologue. Aussitôt, M. D. rétorque – cherchant à influencer le D' A. – : "C'est ça, vous voulez m'empêcher de travailler." Même le contrôle visuel s'avère compliqué, M. D. manifestant sa contrariété lorsqu'on lui demande d'aller chercher ses verres correcteurs dans son véhicule. Le D' A., après avoir expliqué sa décision, rend un avis d'aptitude temporaire à confirmer 1 mois plus tard. Lorsqu'il rapporte ces comptes rendus, M. D. persiste dans une attitude de rapport de force qui trouve probablement son explication dans les comptes rendus fournis qui montrent un diabète très déséquilibré, avec une absence complète d'application des règles hygiéno-diététiques. Le diabétologue avait également recommandé une recherche d'apnée du sommeil, qui n'a pas été faite et qui, non traitée, contre-indiquerait la conduite PL. Ce salarié, dans son attitude insistante pour influencer la décision d'aptitude finale, ne comprenait visiblement pas les enjeux tant pour sa propre sécurité que pour celle des tiers, voire de son entreprise. Même si le risque de voir le contrat de M. D. ne pas être reconduit à son terme, le D' A. décide de renouveler l'inaptitude temporaire dans l'attente des nécessaires examens complémentaires à réaliser, pour lesquels elle réadresse M. D. à son médecin traitant.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN FACE À LA JUSTICE

DR FRANCIS DURUPT

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

Définition de la réquisition

Procédé qui permet à l'administration de contraindre des particuliers à lui céder un bien mobilier, immobilier (en jouissance), ou encore des prestations. Les réquisitions donnent lieu à indemnités, et ceux qui s'y opposent encourent des sanctions pénales (dictionnaire Larousse). La réquisition est un ordre que donne l'autorité publique de mettre à sa disposition des personnes ou des choses.

Principes généraux de la réquisition

On le sait dès qu'on a lu la définition, une réquisition est **contraignante**, et ce n'est pas à ce niveau que le praticien va exercer son droit d'indépendance : un médecin requis est obligé de se soumettre, sous peine de sanctions. À ce niveau, seul le magistrat qui requiert peut suspendre son ordonnance de réquisition si le requis fait valoir un motif potentiellement valable (la mission va mettre la personne requise en danger, la mission concerne un parent de la personne

requis, la personne requise est inapte physiquement, la personne requise est incompétente dans le domaine de la réquisition...), mais, y compris dans ces situations, nul ne peut se soustraire de son propre chef à une réquisition.

Quand un médecin peut-il être requis ?

1 - Constatations, examens médicaux
Examen d'un prévenu en garde à vue, réalisation d'une mesure d'alcoolémie, examen du corps d'une personne décédée...

2 - Demande d'informations sur un patient

Recueil du témoignage d'un médecin sur des faits qu'il a eu à connaître dans le cadre de son activité professionnelle, concernant un patient, ou ex-patient, vivant ou décédé.

3 - Demande de documents

Il s'agit ici d'obtenir la communication du dossier médical d'un patient : c'est la saisie de dossier médical, effectuée par un officier de police judiciaire (OPJ), sur commission rogatoire d'un magistrat, en présence d'un conseiller de l'Ordre des Médecins, du médecin détenteur du dossier et du chef d'établissement ou de son représentant s'il s'agit d'un dossier saisi dans un hôpital. La communication du dossier médical peut être demandée au médecin par le procureur de la République, le juge d'instruction ou

l'officier de police judiciaire (art. 77-1-1, art. 60-1, art. 99-3 du CPP). C'est une réquisition portant sur la remise de documents (sans saisie). La saisie et la réquisition sont deux procédures différentes.

QU'EST-CE QUE LE CONFLIT D'INTÉRÊTS ?

Il n'existe aucune définition du conflit d'intérêts en droit français.

Selon la Haute Autorité de santé, le conflit d'intérêts peut être défini comme "un conflit entre la mission publique et les intérêts privés d'une personne qui exerce une mission de service public, lorsque la personne possède à titre privé des intérêts qui pourraient influencer indûment la façon dont elle s'acquitte de ses obligations et de ses responsabilités. L'intérêt peut être financier ou intellectuel. Il peut également être direct ou indirect. "En d'autres termes, il s'agit d'une situation où celui qui est chargé de l'intérêt général peut être influencé par ses propres intérêts, classiquement financiers.

L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE DU MÉDECIN FACE À LA JUSTICE

DR FRANCIS DURUPT

Comment doit se comporter un médecin en cas de réquisition ?

Cas n° 1

Le médecin est tenu de se plier à la demande de la justice, transmise par un OPJ (les réquisitions sont libellées ainsi : "... prions ou au besoin requérons...") ; en dehors d'une indisponibilité physique dûment constatée médicalement, il n'y a pas d'échappatoire, sauf motif légitime : inaptitude physique, technique, ou lorsqu'il est le médecin traitant de la personne examinée. Le médecin reste cependant indépendant dans le sens où seule son intervention est requise, et non pas le résultat ; un médecin peut par exemple parfaitement, même si cela agace les forces de l'ordre, indiquer, après examen clinique, qu'un prévenu est inapte médicalement à l'application d'une mesure de garde à vue.

Cas n° 2

En aucun cas, le médecin ne doit donner le moindre renseignement par téléphone ; il peut juste indiquer qu'il est ou a été le médecin traitant de monsieur ou madame. S'il s'agit d'une convocation pour être entendu dans les locaux des forces de l'ordre (police ou gendarmerie), le médecin doit se rendre à la convocation (on peut négocier les horaires), mais, une fois sur place, il doit opposer le secret professionnel et ne rien révéler de ce qu'il sait sur la personne concernée par la procédure en cours.

Cas n° 3

Le médecin doit remettre le dossier médical dont le magistrat a ordonné la saisie : dossier papier complet (les "notes personnelles" n'existent plus et font partie du dossier), impression du dossier informatique, supports informatiques divers dans les disciplines techniques (CD-ROM, DVD, clés USB...). L'opération se déroule en présence d'un conseiller ordinal qui va vérifier que la saisie se déroule selon la procédure normale et que le dossier concerne bien la personne visée. Il est indispensable que le médecin conserve une copie du dossier saisi.

Il s'agit d'une faculté pour le médecin de transmettre le dossier médical, et non d'une obligation. Il faut son accord. Il est donc préférable qu'il oppose son secret professionnel. (Art 77-1-1, Art 60-1, Art 99-3 Code de procédure pénale). Il convient de distinguer la réquisition de la saisie. La saisie est la prise de possession d'un bien utile à la manifestation de la vérité. Elle ne nécessite pas l'accord du médecin en cas d'enquête de flagrance et d'information judiciaire sur commission rogatoire. L'accord du médecin est nécessaire dans le cadre d'une enquête préliminaire.

	Demande simple	Réquisition	Saisie
Ne peut pas communiquer	• Le médecin ne peut pas communiquer des informations couvertes par le secret professionnel, en particulier le dossier médical.	• Réquisition visant à obtenir un témoignage : le médecin ne peut témoigner que sous réserve des informations couvertes par le secret professionnel.	• Enquête préliminaire : l'accord du médecin est nécessaire. Il doit donc opposer le secret professionnel à la saisie du dossier médical.
Peut/doit communiquer		• Réquisition pour constatations, examens techniques ou scientifiques : obligation de déférer à la demande, sauf motif légitime. • Réquisition pour remise de documents : l'accord du médecin est nécessaire. Il n'encourt aucune sanction, qu'il communique ou non des informations médicales.	• Enquête de flagrance et information judiciaire : le secret professionnel ne peut être opposé à la saisie. L'accord du médecin n'est pas demandé. • Quel que soit le type d'enquête, un scellé fermé doit être demandé en cas de saisie.

ORDRE DES MÉDECINS
DE MEURTHE & MOSELLE

4, allée de Saint-Cloud - 54600 Villers-lès-Nancy
Tél. : +33 3 83 40 35 01 - E-mail : meurthe-moselle@54.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS DE MEUSE

26, route de Behonne - 55000 Bar-le-Duc
Tél. : +33 3 29 45 56 13 - E-mail : meuse@55.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS DE MOSELLE

2A, rue Robert Schuman - 57050 Longeville-lès-Metz
Tél. : +33 3 87 31 96 96 - E-mail : moselle@57.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS DES VOSGES

22, allée des Noisetiers - 88000 Épinal
Tél. : +33 3 29 31 18 78 - E-mail : vosges@88.medecin.fr

ORDRE DES MÉDECINS
DE LA RÉGION LORRAINE

131, rue Nicolas Appert - 54000 Nancy
Tél. : +33 3 83 36 73 67 - E-mail : lorraine@crom.medecin.fr