

Faculté de droit et de criminologie

Analyse des limites entourant la procédure disciplinaire des médecins.

Étude de terrain menée auprès des différents acteurs de terrain.

Auteur : Binard Fanny

Promoteur(s) : Hausman Jean-Marc

Année académique 2020-2021

Master en droit, à finalité spécialisée : Justice civile et pénale

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements.

Ce mémoire est le fruit d'un travail qui a été rendu possible grâce au concours de plusieurs personnes, à qui je voudrais exprimer mes remerciements.

Tout d'abord, je voudrais remercier mon promoteur de mémoire, Jean-Marc HAUSMAN, pour sa disponibilité et ses précieux conseils qui ont guidé mes réflexions. Je le remercie spécialement pour l'aide apportée dans ma démarche de recrutement, dans le cadre de l'enquête de terrain que j'ai réalisée.

Je tiens aussi à remercier les professeurs de l'Université Catholique de Louvain-la-Neuve, grâce à qui j'ai appris à mobiliser les outils nécessaires à la rédaction de ce mémoire.

Toute ma gratitude va, encore, aux personnes qui ont accepté de libérer une partie de leur temps précieux pour répondre à mes questions, dans le cadre d'une interview.

Je voudrais encore exprimer ma reconnaissance envers ma maman, Kathy MEULKENS, qui a pris le temps de relire mon mémoire. Ses conseils quant à mon style d'écriture m'ont été d'une grande aide.

Enfin, un grand merci à ma sœur, Céline BINARD, pour m'avoir inspiré le sujet de mon mémoire.

Table des matières

INTRODUCTION	6
GÉNÉRALITÉS	6
CONTEXTE BELGE	6
QUESTION DE RECHERCHE	6
OBJECTIFS DU MÉMOIRE	7
CHAPITRE 1. MÉTHODOLOGIE	8
SECTION 1. RECHERCHE DE LITTÉRATURE	8
SECTION 2. ÉTUDE QUALITATIVE	8
§1. Élaboration d'un « plan d'étude »	8
§2. Élaboration du questionnaire	9
§3. Recrutement	9
§4. Élaboration du corpus de données	10
§5. Analyse	10
CHAPITRE 2. RÉSULTATS DE LA RECHERCHE DE LITTÉRATURE : LA RESPONSABILITÉ DISCIPLINAIRE DES MÉDECINS EN THÉORIE	12
SECTION 1. NOTIONS	12
§1. L'Ordre des médecins	12
§2. La déontologie médicale et le droit disciplinaire	12
§3. L'action disciplinaire	14
SECTION 2. ORGANISATION DE L'ORDRE DES MÉDECINS	14
§1. Les conseils provinciaux	14
A. Composition des conseils provinciaux	14
B. Attributions des conseils provinciaux	15
§2. Les conseils d'appel	16
A. Composition des conseils d'appel	16
B. Attributions des conseils d'appel	16
§3. Le Conseil national	16
A. Composition du Conseil national	16
B. Attributions du Conseil national	17
SECTION 3. L'ACTION DISCIPLINAIRE	17
§1. Principes directeurs	18
A. Hiérarchie des normes	18
B. Autonomie de l'action disciplinaire	18
C. Séparation des phases d'instruction et de jugement	19
D. Obligation de loyauté	19
E. Représentation du médecin poursuivi	19
F. Plaignant non partie à la cause	20
G. Légalité des sanctions	20
§2. Déroulement de la procédure disciplinaire	21
A. Saisine	21
B. Instruction	21
C. Jugement	22
D. Sanction disciplinaire	23
E. Voies de recours	23
SECTION 4. PERSPECTIVES DE RÉFORME	24
CHAPITRE 3. RÉSULTATS DE L'ÉTUDE QUALITATIVE : LA RESPONSABILITÉ DISCIPLINAIRE DES MÉDECINS SUR LE TERRAIN	27
SECTION 1 – RÉSULTATS DU RECRUTEMENT	27
SECTION 2 – LIMITES DE LA PROCÉDURE DISCIPLINAIRE	27
§1. Manque d'efficacité du devoir de collaboration	27
§2. Manque de transparence	28
§3. Corporatisme	31
§4. Manque de sévérité des sanctions	34

§5. Volume de plaintes trop important	36
§6. Manque d'application de la médiation	37
§7. Manque de « séparation des pouvoirs »	39
SECTION 3 – SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	42
CHAPITRE 4. DISCUSSION	47
SECTION 1. DISCUSSION AUTOUR DE LA MÉTHODOLOGIE	47
§1. Qualité du travail.....	47
A. Qualité générale	47
B. Critères de validité	47
§2. Biais de l'étude	49
A. Notion	49
B. Biais.....	50
SECTION 2. DISCUSSION AUTOUR DES RÉSULTATS DE RECHERCHE	52
§1 ^{er} . Réflexion préliminaire	52
§2. Mise en regard des résultats de l'étude avec ceux de la recherche de littérature	52
A. Manque d'efficacité du devoir de collaboration.....	52
B. Manque de transparence.....	53
C. Corporatisme	54
D. Manque de sévérité des sanctions	56
E. Volume de plaintes trop important	57
F. Manque d'application de la médiation.....	58
G. Manque de « séparation des pouvoirs ».	59
H. Divers	60
CONCLUSION.....	62
BIBLIOGRAPHIE	65
LÉGISLATION.....	65
DOCTRINE.....	65
JURISPRUDENCE	67
ANNEXES.....	68
ANNEXE 1. MOTS CLÉS ET FILTRES UTILISÉS POUR LA RECHERCHE DE LITTÉRATURE.....	68
ANNEXE 2. QUESTIONNAIRE SEMI-DIRECTIFS.....	69
ANNEXE 3. RETRANSCRIPTION D'UN ENTRETIEN.....	71
ANNEXE 4. ÉTIQUETTES PRÉSENTÉES PAR CATÉGORIES	80

Introduction

Généralités

Le droit disciplinaire est une branche du droit qui vise à autoréguler les comportements des membres au sein d'un groupe de personnes ayant la même qualité.¹ Pour comprendre cette définition, il faut d'abord comprendre que le praticien d'une profession libérale ne peut pas exercer comme bon lui semble, sans aucune limite dans sa marge d'action. C'est pourquoi un cadre déontologique existe pour chaque profession libérale. Globalement, il s'agit de règles entourant l'exercice d'une profession, dans le but de garantir le bon fonctionnement de celle-ci. C'est pour garantir le respect de ces règles déontologiques que des sanctions peuvent être prises par l'ordre professionnel, représentant le professionnel fautif. Ces quelques explications préliminaires permettent de comprendre la raison d'être du droit disciplinaire, qui est d'encadrer juridiquement le pouvoir de sanction de ces ordres.

Au même titre que les autres ordres professionnels, l'Ordre des médecins dispose du pouvoir de sanctionner les manquements déontologiques commis par les médecins. Ce pouvoir disciplinaire ne peut s'exercer que dans le cadre d'une procédure bien établie, imposée par le droit disciplinaire : la procédure disciplinaire.

Contexte belge

La procédure disciplinaire des médecins est réglementée dans l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins². Il s'agit d'une réglementation relativement vieille, qui n'a subi que quelques légères modifications ponctuelles depuis, et qui suscite de nombreuses critiques auprès de l'opinion publique, désireuse d'une modernisation de la structure et du fonctionnement de l'Ordre dans son ensemble.

Question de recherche

Dans ce contexte, ma question de recherche est la suivante : « La procédure disciplinaire en vigueur pour les médecins a-t-elle atteint ses limites ? ».

¹ J. DU JARDIN, « Principes généraux », in *Le droit disciplinaire des ordres professionnels* (sous la dir. de P. CORVILAIN), Bruxelles, Larcier, 2004/11, p. 11.

² A.R. n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11894.

Objectifs du mémoire

Le but premier du mémoire est de répondre à la question de recherche. Pour y parvenir, j'ai effectué des recherches de deux types : une recherche de littérature et une étude de terrain qualitative. Le premier chapitre de ce mémoire explique synthétiquement la méthodologie utilisée pour ces deux types de recherches. Ces recherches m'ont permis d'obtenir des éléments de réponses : des résultats. Logiquement, le chapitre 2 présente les résultats de la recherche de littérature, et le chapitre 3 présente ceux de l'étude qualitative. Il s'agissait alors d'exploiter au mieux les résultats, en les confrontant autour d'une discussion. Cela fait l'objet du chapitre 4 de ce mémoire. Ce chapitre comprend aussi une discussion à propos de la méthodologie utilisée. Finalement, la réponse à la question de recherche sera apportée dans la conclusion du travail, ainsi que les développements sous-jacents, suscités par cette réponse.

Chapitre 1. Méthodologie

Ce mémoire est le résultat d'une méthodologie mixte : une recherche de littérature et une étude qualitative.

Section 1. Recherche de littérature

Pour rappel, la recherche de littérature a pour objectif de présenter, de manière synthétique, le cadre théorique entourant actuellement la responsabilité disciplinaire des médecins, et un bref aperçu des perspectives de réforme.

J'ai effectué mes recherches principalement sur les bases de données suivantes : Stradalex et Libellule UCL. Les mots clés et filtres appliqués sont détaillés en annexe 1. J'ai d'abord sélectionné les sources pertinentes sur base des titres apparaissant. J'ai effectué une deuxième sélection sur base de l'abstract. Après avoir appliqué ces deux critères de sélection, j'ai lu les textes dans leur intégralité.

Je me suis également rendue à la bibliothèque de droit de l'Université catholique de Louvain-la-Neuve. J'ai sélectionné les ouvrages pertinents sur base de leur table des matières et quatrième de couverture.

Enfin, j'ai trouvé certaines de mes sources sur le site officiel de l'Ordre des médecins, dans la section « avis ».³

Section 2. Étude qualitative

L'étude qualitative, quant à elle, permet d'apporter des éléments de réponses à la question de recherche suivante : « la procédure disciplinaire en vigueur pour les médecins a-t-elle atteint ses limites ? ». Elle procède en différentes étapes.

§1. Élaboration d'un « plan d'étude »

La première étape consiste en l'élaboration d'un plan d'étude qui vise à récolter des données pertinentes en lien avec la question de recherche. Concrètement, il s'agit de dégager certains axes de réflexions en rapport avec la question de recherche et de choisir une méthode de recherche. J'ai choisi de réaliser des entretiens individuels auprès d'acteurs concernés directement ou indirectement par la procédure disciplinaire des médecins.

³ <https://ordomedic.be/fr/avis> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

§2. Élaboration du questionnaire

Les entretiens individuels réalisés sont de type semi-directif. Cela sous-entend une prédétermination des thèmes à aborder, mais une liberté quant à leur ordre et forme de présentation au cours de l'entretien.⁴ Concrètement, j'ai préparé un guide d'entretien reprenant les thèmes principaux en lien avec ma question de recherche, à partir duquel j'ai établi un questionnaire (*voy. annexe I*). Le guide d'entretien et le questionnaire sont basés sur la proposition de loi relative à la réforme de l'Ordre des médecins du 17 septembre 2016⁵, faite par l'Ordre des médecins, et plus précisément, la partie de cette proposition de loi concernant la procédure disciplinaire. Son contenu sera logiquement exposé dans le chapitre 4 du mémoire, afin de le comparer aux résultats de l'analyse qualitative.

Le canevas de questions n'est pas figé et reprend volontairement des questions très ouvertes qui invitent les sujets à s'exprimer librement. Le questionnaire a été retravaillé au fil des entretiens : des questions ont été modifiées, ajoutées ou retirées en fonction des réponses données et des pistes de réflexions dégagées dans les premiers entretiens. Ce processus est conseillé dans une étude qualitative.⁶

§3. Recrutement

La troisième étape est le recrutement des sujets participant aux entretiens individuels. La sélection des candidats s'est principalement basée sur un critère : leur lien plus ou moins direct avec la procédure disciplinaire des médecins. Mon promoteur Jean-Marc Hausman a attiré mon attention sur l'importance de cibler différents types d'acteurs. Suivant ses conseils, j'ai d'abord contacté des professionnels, médecins, membres de l'Ordre des médecins, via les formulaires de contact du Conseil national de l'Ordre des médecins et du conseil provincial Bruxelles et Brabant Wallon. J'ai aussi contacté l'ABSYM (Association Belge des Syndicats Médicaux). Ensuite, j'ai contacté par e-mail des avocats compétents dans le domaine disciplinaire du droit de la santé. Enfin, j'ai aussi contacté par e-mail des plaignants et des organisations représentatives de patients.

Je leur ai proposé de participer à un entretien d'une durée d'environ 45 minutes dans le cadre d'une étude sur la responsabilité disciplinaire des médecins.

⁴ L. SIFER-RIVIÈRE, « Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes », in *Les recherches qualitatives en santé.*, Armand Colin, « U », 2016, p. 89.

⁵ Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 17 septembre 2016 sur la réforme de l'Ordre des médecins – Proposition de loi faite par le Conseil national de l'Ordre des médecins, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/discipline/reforme-de-l-ordre-des-medecins-proposition-de-loi-faite-par-le-conseil-national-de-l-ordre-des-medecins-17-septembre-2016> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

⁶ L. SIFER-RIVIÈRE, *op.cit.*, p. 94.

§4. Élaboration du corpus de données

La collecte effective de données est réalisée dans la quatrième étape. Chaque interviewé a participé à un entretien de une à deux heures. Une brève explication orale leur a été donnée quant au déroulement concret de l'interview et aux objectifs de l'étude. Chaque entretien s'est basé sur le questionnaire (*voy. annexe 2*), avec parfois quelques questions supplémentaires destinées à approfondir certains éléments de réponse.

Les entretiens sont anonymes et ont été enregistrés, avec accord, au moyen d'un dictaphone. Ensuite, ils ont fait l'objet d'une transcription intégrale, consistant à reprendre, mot à mot, l'ensemble des énoncés en respectant tous les détails (répétitions, marques relâchées du langage, ...) ⁷. Un de ces entretiens est disponible, à titre d'exemples, en annexe 3.

§5. Analyse

Il existe plusieurs méthodes d'analyse qualitative des données. Parmi elles, j'ai choisi celle de l'analyse inductive générale. Elle peut se définir comme « *un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche* » ⁸.

L'analyse inductive générale est efficace d'abord, pour résumer, par catégories, un corpus de données brut et dense. Une catégorie est « *une production textuelle se présentant sous la forme d'une brève expression et permettant de dénommer un phénomène perceptible à travers une lecture conceptuelle d'un matériaux de recherche.* » ⁹. Ce type d'analyse permet ensuite d'établir des liens entre les catégories dégagées et la question de recherche. Enfin, elle permet de développer un modèle à partir des catégories émergentes.

Le choix d'une analyse inductive est particulièrement justifié quand il s'agit d'une analyse portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire, où la littérature apporte peu d'informations au chercheur. En effet, il s'agit de faire émerger des idées novatrices ou originales sur une problématique précise. Par ailleurs, ce type d'analyse est adapté pour un chercheur débutant, puisqu'elle est relativement simple et détaillée. Elle procède en différentes étapes ¹⁰ qui sont détaillées ci-après.

⁷ L. SIFER-RIVIÈRE, *op.cit.*, p. 98.

⁸ M. BLAIS ET S. MARTINEAU, « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes », in *Recherches qualitatives*. Vol.26(2), 2006, p. 3.

⁹ P. PAILLÉ ET A. MUCCHIELLI, « Chapitre 7. L'examen et l'analyse phénoménologiques des données d'entretien », in *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2003, pp. 147-148.

¹⁰ M. BLAIS ET S. MARTINEAU, *op.cit.*, pp. 6-9.

La première étape consiste simplement à préparer le corpus de données brutes. Il s'agit de choisir un format commun pour chacune des transcriptions d'interviews.

En guise de deuxième étape, il faut procéder à une lecture approfondie du corpus. A ce stade, le but est que le chercheur se familiarise avec le contenu des interviews et s'imprègne des différents sujets abordés. Plusieurs lectures peuvent être nécessaires.

Vient ensuite l'étape de l'identification et de la description des premières catégories. Dans un premier temps, il s'agit pour le chercheur de cibler certains segments de textes représentatifs d'une unité de sens et de leur attribuer une étiquette. L'étiquette prend la forme d'un mot ou d'une phrase courte représentatifs de l'unité de sens. Au fur et à mesure de l'étiquetage du corpus, il est possible que certains segments de textes renvoient une idée déjà « étiquetée ». Dans ce cas-là, la même étiquette est attribuée et il faut accepter le « doublon ». C'est dans un deuxième temps, et au cours du processus de codification, que des catégories vont émerger de l'ensemble des étiquettes. Il est parfois difficile de rattacher certains segments de texte à une catégorie en lien avec la question de recherche. Dans ce cas, si l'information est considérée comme pertinente par le chercheur, il doit s'efforcer de, soit créer une nouvelle catégorie ou une sous-catégorie, soit élargir le sens d'une catégorie existante.

La quatrième étape consiste à réviser et affiner les catégories créées. L'objectif est de créer un nombre limité de catégories. Effectivement, l'idée est de faire apparaître de manière claire et concise les réponses à la question de recherche. Si à la fin de processus, il subsiste un nombre trop élevé de catégories, le chercheur doit éventuellement regrouper des catégories redondantes ou similaires et/ou créer des sous-catégories.

Enfin, l'objectif final est de créer un modèle qui intègre les catégories principales, en établissant des liens entre elles.

Chapitre 2. Résultats de la recherche de littérature : la responsabilité disciplinaire des médecins en théorie

Section 1. Notions

Cette section présente succinctement trois notions en lien avec la responsabilité disciplinaire des médecins et dont la compréhension est nécessaire pour bien appréhender la suite de ce mémoire.

§1. L'Ordre des médecins

L'Ordre des médecins a été légalement institué en 1938.¹¹ Il fait partie des différents ordres professionnels c'est-à-dire des « *corporations professionnelles régissant sous un régime de self-government*¹² et à la faveur d'attributs empruntés aux pouvoirs la pratique des professions »¹³.

Une Résolution du Parlement européen insiste sur l'intérêt public des professions libérales et sur l'importance de leur autorégulation, comme garantie de leur bon fonctionnement: « *d'un point de vue général, des règles sont nécessaires, dans le contexte spécifique de chaque profession, notamment des règles portant sur l'organisation, les qualifications, l'éthique professionnelle, le contrôle, la responsabilité, l'impartialité et la compétence des membres d'une profession, ou des règles visant à prévenir les conflits d'intérêts* »¹⁴. L'autorégulation constitue, en effet, une nécessité interne et externe à la profession. La dimension interne se comprend comme le besoin pour la profession d'établir des normes de conduite propres à leur pratique. La dimension externe se comprend comme le besoin de légitimation de la profession, pour ne pas susciter une opinion publique négative ou tomber dans le corporatisme. Concrètement, dans le cas de l'Ordre des médecins, il s'agit de ne pas seulement défendre les intérêts des médecins, mais également ceux des patients.¹⁵

§2. La déontologie médicale et le droit disciplinaire

Le droit disciplinaire est d'intérêt public pour défendre le bon exercice d'une profession

¹¹ Loi du 25 juillet 1938 créant l'Ordre des médecins, *M.B.*, 13 août 1938.

¹² En français : autorégulation.

¹³ C. CAMBIER, *Précis de droit administratif*, Bruxelles, Larcier, 1968, p. 168.

¹⁴ Résolution du Parlement européen du 16 décembre 2003 sur l'Organisation de marchés et règles de concurrence pour les professions libérales, P5 TAPROV(2003)0572, point D – 11, p. 2.

¹⁵ J. DU JARDIN, « Principes généraux », in *Le droit disciplinaire des ordres professionnels*, *op.cit.*, pp. 11-12.

déterminée, notamment par l'établissement de règles et en veillant à leur respect. Cette protection d'ordre public s'oppose à la protection des intérêts propres des individus.¹⁶

C'est l'Ordre des médecins qui a actuellement la mission d'établir les règles régissant la profession de médecin afin d'en assurer le bon exercice par les praticiens. Ce corps de règles constitue de la déontologie médicale qui se définit comme l'« *ensemble des règles et des devoirs régissant une profession* »¹⁷. Ces règles déontologiques ont la caractéristique de se situer entre la morale et le droit. Elles visent à encadrer la profession et à dicter la conduite d'un médecin face à des situations spécifiques où seuls des médecins (et non l'État) peuvent offrir des réponses adaptées à l'évolution de la société et acceptées par la profession.¹⁸

Les règles déontologiques ainsi établies par le Conseil national de l'Ordre des médecins prennent la forme d'un Code de déontologie médicale.¹⁹ Ce dernier met également le Code à jour pour qu'il corresponde, d'une part, aux évolutions législatives et jurisprudentielles et, d'autre part, aux évolutions de la pratique médicale. Récemment, l'Ordre des médecins a mis sur pied un nouveau Code de déontologie.²⁰ Le Roi, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, est habilité à donner force juridique obligatoire au Code de déontologie médicale²¹, mais cette possibilité n'a pas encore été exercée. De ce fait, le Code de déontologie médicale n'est pas une source de droit. Cela implique d'abord qu'un patient ne puisse pas invoquer une disposition déontologique contre un médecin, mais aussi qu'un juge ne puisse pas en faire application directe²². Pour autant, les médecins doivent respecter les règles de déontologie médicale auxquelles ils se soumettent volontairement par le serment d'Hippocrate.²³

Il est finalement important de préciser que les règles élaborées par l'Ordre des médecins ne sont pas exhaustives, puisque la déontologie médicale comprend une large part de règles non écrites. Ce caractère semi-impalpable de la déontologie s'explique par la complexité de décrire exhaustivement sur papier une matière touchant en même temps à une profession et une éthique, toutes deux évolutives.²⁴

¹⁶ B. DEJEMEPPE, « 9 - Droit disciplinaire et droit commun. Quelques considérations sur la place de la victime dans la procédure disciplinaire applicable aux médecins » in *Actualités de droit pénal* (sous la direction de F. KÉFER ET A. MASSET), 1^{re} édition, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 195-196.

¹⁷ Le Robert, *dico en ligne* ; <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/deontologie>.

¹⁸ G. GÉNICOT, « Section 8 – Déontologie », in *Droit médical et biomédical*, 2^{ème} édition, Bruxelles, Larcier, 2016, pp. 96-97.

¹⁹ A.R. n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, art.15, §1^{er}, al.1^{er}, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11894.

²⁰ Code de déontologie 2018 (version commentée), <https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/CodeCom-2.pdf> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

²¹ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art.15, §1^{er}, al.2.

²² Cass., 2 décembre 1993, *Pas.*, 1993, I, p.1023, *J.L.M.B.*, 1994, p. 293, *R.W.*, 1994-1995, p. 99.

²³ G. GÉNICOT, *op.cit.*, pp. 97-98.

²⁴ J. DU JARDIN, « Le contrôle de légalité exercé par la Cour de Cassation sur la justice disciplinaire au sein des ordres professionnels », *J.T.*, 2000, pp. 627-628.

§3. L'action disciplinaire

Dans le même objectif de défense de l'intérêt public (*voy. supra*), les conseils provinciaux et les conseils d'appel de l'Ordre des médecins ont le devoir de veiller au respect des règles déontologiques. A cet effet, ils ont un pouvoir disciplinaire qui se décline en deux fonctions dissuasives : celle de réprimer les manquements aux règles et celle d'ordonner des mesures individuelles aux médecins afin de prévenir une potentielle transgression à ces mêmes règles.²⁵ En ce sens, le droit disciplinaire peut être défini comme étant la branche du droit fixant les règles relatives aux sanctions des manquements déontologiques commis par des membres d'une profession libérale.

Section 2. Organisation de l'Ordre des médecins

L'article 1 de l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 mentionne les composantes de l'Ordre des médecins dans cet ordre : les conseils provinciaux, les conseils d'appel et le Conseil national. Par soucis de cohérence, les paragraphes de cette section respectent cet ordre et développent, pour chaque organe, sa composition et ses attributions. De prime abord, il est intéressant de relever que cela correspond au degré décroissant d'implication de chaque organe dans la procédure disciplinaire, sachant que les conseils provinciaux sont en première ligne, alors que le Conseil national n'a pas de mission disciplinaire. Néanmoins, cet ordre n'est nullement représentatif du degré d'importance général de chaque organe, puisque chacun d'eux est chargé de missions propres, et que c'est le bon fonctionnement de l'ensemble de leurs missions qui garantit le bon fonctionnement de l'Ordre lui-même. L'examen des attributions ne sera pas exhaustif et se limitera aux éléments pertinents, en lien avec la responsabilité disciplinaire des médecins.

§1. Les conseils provinciaux

A. Composition des conseils provinciaux

Il y a dix conseils provinciaux de l'Ordre des médecins en Belgique. Logiquement, chaque conseil provincial a autorité et juridiction sur les médecins inscrits de la province correspondante, avec une spécificité pour les conseils des Brabant wallon et flamand qui étendent leur champ d'application sur les médecins domiciliés dans l'arrondissement

²⁵ Cass., 25 novembre 1994, *Pas.*, 1994, I, p. 1014, *R.W.*, 1994-1995, p. 1303. ; *Voy. ég.* Cass., 9 mars 1971, *Pas.*, 1971, I, p. 623 ; 26 septembre 1986, *Pas.*, 1987, I, p. 114, *R.W.*, 1986-1987, p. 1967.

administratif de Bruxelles-capital.²⁶

Les articles 7 et 8 de l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins regroupent les dispositions pertinentes quant à la composition des conseils provinciaux et aux conditions d'éligibilité de leurs membres.

Le Roi fixe le nombre de membres de chaque conseil provincial, pour autant qu'il y ait autant de membres effectifs que de membres suppléants. Les membres sont élus par les médecins inscrits au tableau du conseil provincial concerné. Chaque médecin a l'obligation de s'inscrire au tableau du conseil provincial de la province dans laquelle est situé son domicile. Le mandat des conseillers est de six ans. Pour être éligible, un médecin doit répondre à quatre conditions : (1) être de nationalité belge, (2) être inscrit depuis un an au moins au tableau du conseil provincial concerné, (3) être inscrit depuis dix ans au moins au tableau d'un conseil provincial quel qu'il soit et (4) ne pas avoir encouru une sanction, exception faite de l'avertissement ou de certaines déchéances²⁷. Un membre effectif doit attendre trois ans après la fin de son mandat pour être rééligible. Le conseil se renouvelle par moitié tous les trois ans.

Le conseil provincial ainsi formé élit en son sein un président, un vice-président et un secrétaire. Le Roi nomme un magistrat qui sera également membre du conseil provincial. Ces quatre personnes constituent le bureau du conseil provincial, lequel comprend aussi un médecin délégué du Conseil national.²⁸

B. Attributions des conseils provinciaux

Parmi les attributions des conseils provinciaux reprises à l'article 6 de l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967, deux catégories de missions peuvent être soulignées. Premièrement, le conseil veille au respect de la déontologie médicale (*voy. supra*). Pour cela, il dispose d'une compétence disciplinaire qui, en cas de manquement de la part d'un médecin, lui permet d'enclencher une procédure disciplinaire en son sein (*voy. infra*). Deuxièmement, le conseil a une fonction d'avis en matière de déontologie médicale réservée aux médecins. Ces avis doivent être approuvés par le Conseil national.

Le bureau du conseil provincial assure la gestion journalière du conseil, signe les procès-verbaux et prend les mesures nécessaires à la préparation des décisions du conseil en

²⁶ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 5, al.1 et 2.

²⁷ *Voy.* A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 11, 12, 14 et 17.

²⁸ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 10.

matière disciplinaire.²⁹

§2. Les conseils d'appel

A. Composition des conseils d'appel

Il y a deux conseils d'appel de l'Ordre des médecins en Belgique : un francophone et un néerlandophone. Ils siègent à Bruxelles.³⁰

L'article 12 de l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 règle leur composition et les conditions d'éligibilité pour en devenir membre. Un conseil d'appel est composé de vingt-deux membres : onze membres effectifs et onze membres suppléants. Chaque ensemble de onze membres comprend cinq médecins, cinq magistrats et un greffier. Les médecins sont élus par les conseils provinciaux : chaque conseil provincial élit un des cinq membres du conseil d'appel de son régime linguistique. Les conditions d'éligibilité sont les mêmes que pour être membre d'un conseil provincial (*voy. supra*). Les magistrats et le greffier sont nommés par le Roi et un président est désigné parmi eux. La fonction de membre d'un conseil provincial est incompatible avec celle de membre d'un conseil d'appel. La durée du mandat est de six ans. Un membre effectif est rééligible sans condition.

Un délégué, membre du Conseil national, assiste aux séances du conseil d'appel afin d'exprimer l'avis du Conseil national en cas de questionnement d'ordre déontologique.

B. Attributions des conseils d'appel

Les conseils d'appels ont la compétence, qualifiée de « spéciale », pour se prononcer en premier et dernier ressort sur certaines matières. En outre, chaque conseil d'appel dispose de la compétence, cette fois qualifiée de « générale », pour connaître des appels contre les décisions disciplinaires des conseils provinciaux de son régime linguistique.³¹

§3. Le Conseil national

A. Composition du Conseil national

Le Conseil national de l'Ordre des médecins en Belgique, siège à Bruxelles. Il est composé de trente-six membres : dix-huit membres effectifs, dix-huit membres suppléants.

²⁹ A.R. du 6 février 1970 réglant l'organisation et le fonctionnement des conseils de l'Ordre des médecins, art. 7, *M.B.*, 14 février 1970, p. 1506.

³⁰ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 12, §7.

³¹ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 13.

Parmi les membres effectifs, on retrouve principalement des médecins. D'une part, dix médecins élus par chaque conseil provincial en son sein, avec les mêmes conditions d'éligibilité que celles nécessaires pour être membre d'un conseil provincial ou d'un conseil d'appel, et d'autre part, six médecins nommés par le Roi, sur présentation d'une liste de candidats choisis par les facultés de médecines belges. De plus, un greffier est nommé par le Roi, qui désigne également un président, magistrat, parmi les conseillers effectifs ou honoraires à la Cour de Cassation. La fonction de membre du Conseil national est incompatible avec celle de membre d'un conseil d'appel. La durée du mandat est de six ans. Le Conseil national se décline en deux sections : l'une d'expression française et l'autre d'expression flamande. Chaque section élit en son sein un vice-président qui est également vice-président du Conseil national.³²

B. Attributions du Conseil national

De manière générale, le Conseil national est chargé de prendre toutes les mesures nécessaires à la réalisation des missions de l'Ordre. On peut distinguer trois catégories de missions. Premièrement, c'est au Conseil national que revient la tâche d'élaborer le Code de déontologie médicale (*voy. infra*). Dans ce code figurent les principes généraux et les règles relatives à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité, la dignité et le dévouement indispensable à l'exercice de la profession. Deuxièmement, le Conseil tient un répertoire des décisions disciplinaires, susceptibles de recours, prises par les conseils provinciaux et les conseils d'appel. Il doit tenir compte du contenu de ces décisions pour éventuellement adapter le Code de déontologie médicale. Troisièmement, le Conseil a une compétence d'avis : il donne des avis motivés - d'initiative ou à la demande d'une autorité publique, organisme public ou organisation professionnelle de médecins - sur des questions d'ordre général et sur des questions de principe ou de règles de déontologie médicale. Cette compétence suppose aussi que le Conseil approuve les avis des conseils provinciaux (*voy. supra*).³³

Le Conseil national n'a pas de compétence disciplinaire, cette compétence appartenant aux conseils provinciaux.

Section 3. L'action disciplinaire

Cette section procèdera en deux temps. Dans un premier temps seront brièvement exposés les principes directeurs de l'action disciplinaire. Dans un second temps seront

³² A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art.14.

³³ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art.15.

développées les différentes étapes de la procédure disciplinaire telle qu'elle existe aujourd'hui.

§1. Principes directeurs

A. Hiérarchie des normes

Le droit professionnel n'a pas vocation à primer sur le droit étatique ou international. On comprend donc qu'en cas de contrariété avec la loi, cette dernière aura le dernier mot. Les règles encadrant la procédure disciplinaire ont évolué au fil des années, afin de tenir compte de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme concernant la séparation entre la phase d'instruction et de jugement, la publicité des audiences et les droits de la défense.³⁴ Notamment, l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'Homme (ci-après C.E.D.H.) concernant les droits de la défense s'applique, mais de manière relative. Concrètement, *« l'article 6.1 C.E.D.H. ne requiert pas que la juridiction disciplinaire au premier degré satisfasse aux exigences de la Convention, si un organe juridictionnel de plein droit, compétent pour contrôler en fait et en droit les décisions du premier degré, remplit en degré d'appel cette exigence, comme c'est le cas pour les conseils d'appel de l'Ordre des médecins »*³⁵. C'est pourquoi certaines garanties sont mises en place, telles que la présence d'un magistrat aux différents stades de la procédure, la comparution personnelle du médecin avec assistance éventuelle d'un avocat, le délai raisonnable pour le jugement ou encore la motivation des décisions.³⁶

En outre, en vertu de l'article 2 du Code judiciaire³⁷, les règles procédurales de droit commun s'appliquent en matière disciplinaire, sauf s'il en est légalement et spécialement disposé autrement.

B. Autonomie de l'action disciplinaire

L'article 417 du Code judiciaire pose le principe de l'indépendance de l'action disciplinaire par rapport à l'action publique et civile. L'autonomie qui en découle implique que la décision pénale ou civile n'ait pas autorité de chose jugée sur la décision disciplinaire. La règle *non bis in idem* ne s'applique pas et il est donc parfaitement envisageable que, pour des mêmes faits, un médecin soit sanctionné sur le plan pénal, civil et disciplinaire. Cela s'explique

³⁴ E. THIRY, « Procédures disciplinaire et administrative », in *Actualités de droit médical*, Bruxelles, Bruylant, 2006, p. 5.

³⁵ D. HOLSTER et B. FONTEYN, « L'Ordre des médecins et la procédure disciplinaire », in *Le droit disciplinaire des ordres professionnels* (sous la dir. de P. CORVILAIN), CUP, Bruxelles, Larcier, 2004/11, vol. 74, p. 101.

³⁶ *Ibid.*, pp.108-109.

³⁷ C. jud., art. 2 : « Les règles énoncées dans le présent Code s'appliquent à toutes les procédures, sauf lorsque celles-ci sont régies par des dispositions légales non expressément abrogées ou par des principes de droit dont l'application n'est pas compatible avec celle des dispositions dudit Code. ».

par la différence des objectifs de chaque action. Toutefois, l'autonomie de l'action disciplinaire par rapport à l'action pénale est tempérée par la seule obligation pour le conseil de jugement de prendre en compte la constatation des faits effectuée par le juge pénal.³⁸

En pratique, il est plus prudent pour un conseil provincial de l'Ordre des médecins de suspendre la procédure disciplinaire si une action pénale est en cours. En effet, la justice pénale dispose de beaucoup plus de moyens d'instruction. Ainsi, il peut être utile pour le conseil d'attendre la fin de l'action pénale afin d'obtenir la communication du dossier pénal et la décision rendue par le Ministère public.³⁹

C. Séparation des phases d'instruction et de jugement

L'article 6 de la Convention européenne des droits de l'Homme consacre le droit, pour toute personne, d'être entendue par un tribunal impartial et indépendant. Cette obligation constitue également un principe général du droit belge. Elle est transgressée lorsqu'un membre du conseil de l'Ordre des médecins a participé à l'instruction de la cause et à la prise de décision.⁴⁰

D. Obligation de loyauté

Un manquement disciplinaire ne peut être sanctionné que s'il est prouvé. A cet effet, les commissions d'instruction disposent de très peu de moyens d'investigation pour établir le dossier disciplinaire du médecin dénoncé. Elles ont tout de même l'opportunité de s'entretenir avec les éventuels témoins et le médecin concerné. C'est pourquoi le devoir de collaboration a été instauré, impliquant l'obligation, pour le médecin prévenu, de dire toute la vérité devant ses pairs au cours de la procédure.⁴¹

E. Représentation du médecin poursuivi

La loi du 12 février 2003 modifiant le Code d'instruction criminelle⁴², prise à la suite d'un arrêt de la Cour de Strasbourg⁴³, reconnaît le droit pour le médecin prévenu d'être représenté par un avocat. Ainsi, et conformément à l'article 159 de la Constitution⁴⁴, les règles

³⁸ R. FONTAINE, « L'Ordre des médecins : Thémis, Esculape, Hippocrate et les autres... », in *Le droit disciplinaire*, Liège, Anthemis, 15 mai 2009, p. 118.

³⁹ *Ibid.*, p. 119.

⁴⁰ Cass., 25 février 1999, *Pas.*, 1999, n°117.

⁴¹ R. FONTAINE, *op.cit.*, pp. 119-120.

⁴² Loi du 12 février 2003 modifiant le Code d'instruction criminelle en ce qui concerne le défaut et abrogeant l'article 421 du même Code, *M.B.*, 28 mars 2003, p. 15912.

⁴³ Cour eur D. H., arrêt Van Geyseghem c. Belgique du 21 janvier 1999, n° 26103/95, *J.T.*, 1999, p. 174.

⁴⁴ Const., art. 159 : « Les cours et tribunaux n'appliqueront les arrêtés et règlements généraux, provinciaux et locaux, qu'autant qu'ils seront conformes aux lois ».

de l'arrêté royal obligeant le médecin à comparaître personnellement⁴⁵ ne sont plus applicables. D'un point de vue pratique, on peut souligner l'aspect négatif de la non comparution du médecin. En effet, les pouvoirs d'instruction d'un conseil provincial étant fortement limités (*v.supra*), le rôle du dialogue entre le médecin et ses pairs apparaît comme crucial, puisqu'il est le seul moyen pour le médecin prévenu de s'expliquer sur les circonstances du manquement reproché.⁴⁶

F. Plaignant non partie à la cause

En matière de justice disciplinaire, le plaignant n'est pas partie à la cause. En pratique, après avoir déposé une plainte, le plaignant reçoit un accusé de réception l'avertissant qu'il ne sera pas informé des suites du dossier. Aucune communication de la décision au plaignant n'est prévue.⁴⁷

A défaut d'un intérêt au sens de l'article 17 du Code judiciaire⁴⁸, le plaignant ne peut pas intervenir et n'est pas impliqué dans le reste de la procédure du premier degré⁴⁹, sauf dans l'hypothèse d'un témoignage en cas de convocation par la commission d'instruction. Il en découle que le plaignant, même s'il venait à avoir connaissance de la décision, ne dispose pas d'un droit d'appel.⁵⁰ Ici encore, le droit d'appel est réservé à une partie défendant ses intérêts privés, or c'est de l'intérêt général dont il est question dans la dimension disciplinaire du droit médical.⁵¹

Cette « exclusion » s'explique dans le cadre des droits de la défense du médecin, qui seraient mis à mal du fait de son devoir de collaboration : « *la communication au patient de la décision issue d'une procédure fondée sur le principe de loyauté pourrait porter atteinte à son éventuelle demande de réparation en droit commun* »⁵².

G. Légalité des sanctions

Les sanctions disciplinaires que peuvent infliger un conseil provincial sont énumérées limitativement par le législateur.⁵³

⁴⁵ A.R. du 6 février 1970, art. 26, al.2 et 31, al.3.

⁴⁶ R. FONTAINE, *op.cit.*, p. 121.

⁴⁷ *Ibid.*, pp. 120-121.

⁴⁸ C. jud., art. 17 : « *L'action ne peut être admise si le demandeur n'a pas qualité et intérêt pour la former.* ».

⁴⁹ B. DEJEMEPPE, *op.cit.*, p. 196.

⁵⁰ Voy. A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 21, al.1, qui prévoit un droit d'appel pour le médecin intéressé et pour le président du conseil national conjointement avec un vice-président.

⁵¹ D. HOLSTER et B. FONTEYN, *op.cit.*, pp. 113-114.

⁵² D. HOLSTER et B. FONTEYN, *op.cit.*, p. 114.

⁵³ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 16.

§2. Déroulement de la procédure disciplinaire

A. Saisine

Une procédure disciplinaire peut être enclenchée en cas de manquement déontologique de la part d'un médecin. L'activation de la procédure se fait par le biais d'une dénonciation introduite au niveau du bureau du conseil provincial concerné. Les sources de dénonciation peuvent être multiples. Premièrement, il est possible pour un conseil provincial d'agir d'office. Deuxièmement, une requête peut être déposée par le Conseil national, le Ministre de la Santé publique, le procureur du Roi ou la commission médicale provinciale. Enfin, un médecin ou un tiers ont la possibilité de porter plainte.⁵⁴ En pratique, c'est la dernière voie qui est la plus utilisée. Elle est empruntée pour toutes les dénonciations faites par l'I.N.A.M.I., mais aussi par l'autorité judiciaire dans le cadre d'une condamnation pénale. A cela s'ajoutent les employeurs et les écoles dénonçant des abus en matière de certificats justificatifs d'incapacité de travail ou de suivre les cours, et les dénonciations faites par les confrères médecins, plutôt dans le domaine du respect des règles de la concurrence, dans le cas, par exemple, de publicité abusive ou de détournement de clientèle. Elle correspond néanmoins majoritairement à des plaintes introduites contre leur médecin, par des patients mécontents quant aux soins dispensés.⁵⁵

Le bureau pratique un premier filtrage dans le cas des dénonciations, en procédant à quelques vérifications. Si la dénonciation paraît abusive ou invraisemblable, il la classe sans suite. Si la plainte est introduite par un plaignant, il vérifie la nature déontologique de son fondement. S'il fait face à des questions de responsabilité civile ou pénale, le bureau se permet de rediriger le plaignant vers les juridictions compétentes. Enfin, si la dénonciation n'est pas assez documentée, il peut choisir de demander des informations complémentaires.⁵⁶

Face à une plainte d'ordre déontologique, le bureau doit théoriquement œuvrer à la conciliation des parties dans le but de parvenir à un accord.⁵⁷ Il est important d'exploiter cette voie. A cet effet, la création d'une fonction de médiateur auprès de chaque conseil provincial pourrait être bénéfique selon le Conseil national.⁵⁸

B. Instruction

S'il estime la dénonciation fondée, le bureau met le dossier à l'instruction auprès d'une

⁵⁴ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 20, §1^{er}, al.1.

⁵⁵ R. FONTAINE, *op.cit.*, p. 122.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art.20, §1^{er}, al. 3.

⁵⁸ D. HOLSTER et B. FONTEYN, *op.cit.*, p. 104.

commission d'enquête composée de deux membres du conseil provincial accompagnés du magistrat.⁵⁹ Le médecin est informé dans les plus brefs délais des accusations portées à son encontre.⁶⁰ Dans un premier temps, cette commission et l'assesseur entendent séparément le plaignant, les éventuels témoins et le médecin dénoncé. Le procès-verbal de l'audition est envoyé au médecin concerné afin qu'il puisse éventuellement y ajouter des observations. Dans un second temps, un rapporteur désigné par le bureau fait rapport à l'intégralité des membres du conseil provincial, déduction faite des deux commissaires. Les conseillers visés décident des suites du dossier : arrêt de la procédure si les charges paraissent insuffisantes, complément d'instruction, ou renvoi devant le conseil de jugement.⁶¹ En cas de renvoi, le magistrat libelle les griefs et le conseil invite le médecin, au moins 15 jours avant l'audience, à comparaître devant le conseil de jugement. Le médecin et, éventuellement, son avocat peuvent alors prendre connaissance du dossier au secrétariat du conseil provincial.⁶²

C. Jugement

Le conseil de jugement est composé de tous les conseillers provinciaux, à l'exception des deux commissaires et le rapporteur, qui se retirent. La jurisprudence actuelle de la Cour de Cassation accepte que cette composition de l'organe soit identique dans la phase de renvoi et la phase de jugement, la justification étant que la décision de renvoi n'est pas une décision sur le fond de l'affaire.⁶³ Selon la Cour, il ne s'agit pas d'un préjugé mais seulement de la reconnaissance du besoin d'un examen plus profond de l'affaire, appelant notamment un débat contradictoire.⁶⁴

Le magistrat du conseil provincial est présent au stade de l'instruction et du jugement. Selon la Cour de cassation, cette double intervention ne constitue pas une atteinte au principe de séparation entre les phases d'instruction et de jugement. Une des justifications est que ce magistrat ne fait qu'assister au délibéré, sans participer au vote relatif à la décision.⁶⁵

Le conseil siège à huis clos.⁶⁶ Cette particularité est valable, puisque l'exigence d'audience publique, prescrite par l'article 149 de la Constitution, ne s'applique qu'aux cours et tribunaux du pouvoir judiciaire. Au niveau disciplinaire, aucune disposition ne prévoit cette obligation, à part pour les conseils d'appel.⁶⁷

⁵⁹ R. FONTAINE, *op.cit.*, pp. 122-123.

⁶⁰ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 24, al. 1.

⁶¹ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 24, al. 3.

⁶² A.R. du 6 février 1970, art. 25.

⁶³ Cass., 26 novembre 1993, *Pas.*, 1993, n°489.

⁶⁴ Cass. 20 décembre 2001, *Pas.*, 2001, n°717.

⁶⁵ Cass., 25 février 1999, *Pas.*, n°117 ; Cass., 9 décembre 1994, *Pas.*, 1994, n°547.

⁶⁶ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 24, al.2.

⁶⁷ Cass., 16 février 1995, *Pas.*, 1995, n°95.

La première étape est la comparution du médecin, qui peut se faire assister par un conseil (avocat ou médecin)⁶⁸ ou se faire représenter (*v. infra*). Il est alors informé du contenu du rapport des commissaires et des éventuelles questions lui sont posées quant aux faits. La procédure est contradictoire⁶⁹, ce qui implique qu'ensuite, le médecin fasse valoir ses moyens de défense. La deuxième étape est celle du délibéré de la sentence. Le médecin est écarté et informé que la sentence lui sera communiquée à la suite du prochain conseil. Le conseil provincial siège valablement si deux tiers des membres sont présents⁷⁰ : il s'agit d'une disposition d'ordre public. La décision est prise à la majorité des voix.⁷¹ En cas d'égalité des voix, c'est la voix du président du conseil qui est prépondérante.⁷² Finalement, la décision est motivée et notifiée, uniquement au médecin concerné, dans les 8 jours de la décision.⁷³

D. Sanction disciplinaire

Conformément au principe de légalité des sanctions disciplinaires, le conseil peut infliger les sanctions disciplinaires suivantes : l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant maximum deux ans et la radiation du tableau de l'Ordre.⁷⁴

Le conseil dispose d'une marge d'appréciation pour déterminer le degré de la sanction, mais doit respecter le principe de proportionnalité.⁷⁵

Une particularité est à noter en ce qui concerne les sanctions de radiation du tableau de l'Ordre et la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant plus d'un an : la décision doit être prise à une majorité des deux tiers au moins des voix.⁷⁶

E. Voies de recours

Si aucune décision n'est prise par le conseil provincial dans les six mois à compter de la réception de la requête ou de la plainte, une demande peut être faite pour renvoyer le dossier au conseil d'appel compétent.⁷⁷

⁶⁸ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 24, §1^{er}.

⁶⁹ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 26, al. 1.

⁷⁰ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 3, al. 1.

⁷¹ A.R. du 6 février 1970, art. 26, al. 3.

⁷² A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 28, §2.

⁷³ A.R. du 6 février 1970, art. 26, al.4.

⁷⁴ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 16, al.1.

⁷⁵ D. HOLSTER et B. FONTEYN, *op.cit.*, p. 100.

⁷⁶ A.R. du 6 février 1970, art. 26, al.3.

⁷⁷ A.R. du 6 février 1970, art. 28.

La décision disciplinaire rendue par un conseil provincial est susceptible d'appel par le médecin intéressé ou par le président et le vice-président du Conseil national conjointement.⁷⁸ Le plaignant ne dispose pas du droit d'appel (v. supra). L'affaire est alors renvoyée au conseil d'appel du régime linguistique du conseil provincial correspondant. La procédure en degré d'appel est globalement similaire à celle prévue au premier degré dans les conseils provinciaux. Cependant, quelques différences existent. Une première différence est que les audiences en degré d'appel sont publiques, à moins que le médecin inculpé le refuse ou que la publicité des débats porte atteinte à des valeurs supérieures⁷⁹ telles que l'ordre public ou la protection de la vie privée, par exemple. Une deuxième différence est que, dans certains cas, la décision de sanction du conseil d'appel ne peut être prise qu'à la majorité des deux tiers des voix. Il s'agit des hypothèses où le conseil d'appel veut infliger une sanction alors que le conseil provincial n'en avait prononcé aucune, ou qu'il veut aggraver une sanction déjà prononcée par le conseil provincial.⁸⁰ Selon la Commission européenne des droits de l'Homme⁸¹, cette possibilité d'aggravation de la sanction en degré d'appel ne porte pas atteinte aux droits de la défense du médecin consacrés par l'article 6 C.E.D.H..⁸²

Une décision disciplinaire rendue par défaut par un conseil provincial à l'égard d'un médecin peut être frappée d'opposition par celui-ci. Le dossier est alors ramené devant le conseil qui a rendu cette décision.⁸³

Les décisions rendues en dernier ressort par les conseils d'appel sont susceptibles d'un pourvoi en cassation. La Cour de cassation se prononce uniquement sur la légalité des décisions.⁸⁴

Section 4. Perspectives de réforme

En tant qu'Ordre professionnel, l'Ordre des médecins fait face à de nombreuses critiques de la part de l'opinion publique. Malgré son statut d'organisme public reconnu par le

⁷⁸ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 21, al.1.

⁷⁹ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 24, §1er, al. 3.

⁸⁰ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 25, §4, al. 2.

⁸¹ Avant le 1^{er} novembre 1998 et l'entrée en vigueur du 11^{ème} protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'Homme, la Commission européenne des droits de l'Homme jouait un rôle de filtre dans les processus de traitement des recours devant la Cour européenne des droits de l'Homme. Concrètement, lorsqu'un recours était déclaré recevable, elle avait un rôle de conciliation. En cas d'échec de la conciliation, elle devait rédiger un rapport et un avis sur la supposée violation de la Convention européenne des droits de l'Homme.

⁸² Dans le cadre de ses anciennes attributions, la Commission européenne des droits de l'Homme a rendu un avis le 7 novembre 1988 en ce sens (affaire Nyström c. Belgique - D 11504/85).

⁸³ A.R. n°79 du 10 novembre 1967, art. 22.

⁸⁴ Sur le contrôle de légalité des décisions disciplinaires, voy. : J. DU JARDIN, « Le contrôle de légalité exercé par la Cour de Cassation sur la justice disciplinaire au sein des ordres professionnels », *J.T.*, 2000, pp. 625-645.

législateur, l'Ordre est perçu comme une institution corporatiste.⁸⁵

Les critiques poussent les politiques à envisager une réforme, dans le but de moderniser l'Ordre des médecins et de prendre mieux en compte certains principes juridiques pour dépoussiérer la procédure disciplinaire. En ce sens, de nombreux projets et propositions de loi ont été déposés. Vous trouverez un bref exposé de leur contenu ci-après. Ils ne mettent pas en défaut la déontologie elle-même. En effet, les politiques et l'opinion publique s'accordent sur l'utilité publique de cet ensemble de règles de bonne conduite qui tendent à moraliser la pratique des professionnels. L'harmonie émanant de la coexistence de la déontologie avec les règles étatiques n'est pas remise en cause.⁸⁶

La principale question controversée est de savoir « *quelle autorité doit assurer le respect de ces normes déontologiques ?* »⁸⁷. A cet égard, les volontés politiques divergent. Certains ont exprimé, par exemple, le souhait de voir changer la composition de l'Ordre des médecins et de faire siéger des praticiens de professions paramédicales aux côtés des professionnels médecins.⁸⁸ D'autres ont envisagé la création d'un Conseil supérieur de déontologie pour l'ensemble des professions des soins de santé⁸⁹. D'autres encore ont été jusqu'à proposer la suppression radicale de l'Ordre des médecins. Jusqu'à présent, ces propositions ont toujours été bloquées politiquement au niveau des ministres de la Santé publique.

Au fil des années, l'Ordre des médecins a plusieurs fois émis des avis par rapport à sa propre réforme.⁹⁰ En 2016, l'Ordre des médecins a notamment publié un avis portant sur la réforme le concernant, sous forme d'une proposition de loi⁹¹. Cette initiative faisait suite à une demande de l'ancienne Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, qui voulait des précisions et des développements sur la note d'orientation⁹² que l'Ordre des médecins avait publiée en 2015 concernant cette même réforme. Pour précision, la note d'orientation avait elle aussi été demandée par cette ancienne Ministre. Cet avis a retenu mon attention car il reprend

⁸⁵ R. FONTAINE, *op.cit.*, p. 112.

⁸⁶ *Ibid.*

⁸⁷ *Ibid.*

⁸⁸ *Voy. not.* : Proposition de loi portant la création d'un Conseil supérieur de déontologie des professions des soins de santé, fixant les principes généraux pour la création et le fonctionnement des Ordres des professions des soins de santé, et portant création d'un Ordre des médecins, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2014-2015, n°54-0634/001.

⁸⁹ *Voy. not.* : Proposition de loi supprimant l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens et portant création d'un Conseil supérieur de déontologie des professions des soins de santé, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2014-2015, n°54-1443/001.

⁹⁰ *Voy. not.* : Avis du CN du 15 janvier 2005 sur le point de vue du Conseil national concernant des propositions de réforme de l'ordre des médecins, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/ordre-des-medecins-organisation-et-fonctionnement-de-l-point-de-vue-du-conseil-national-concernant-des-propositions-de-reforme-de-l-ordre-des-medecins> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

⁹¹ Avis du CN du 17 septembre 2016 sur la réforme de l'Ordre des médecins – Proposition de loi faite par le Conseil national de l'Ordre des médecins, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/discipline/reforme-de-l-ordre-des-medecins-proposition-de-loi-faite-par-le-conseil-national-de-l-ordre-des-medecins-17-septembre-2016> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

⁹² Avis du CN du 4 juillet 2015 sur la réforme de l'Ordre des médecins – Note d'orientation, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/tableau-de-lordre/reforme-de-l-ordre-des-medecins-note-d-orientation> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

plusieurs adaptations touchant à la procédure disciplinaire. Il sera détaillé dans le chapitre 4 : « *Discussion* », afin d'éviter une redondance d'informations. Concrètement, les résultats de l'étude de terrain seront mis en perspective avec cette « proposition de loi ».

Chapitre 3. Résultats de l'étude qualitative : la responsabilité disciplinaire des médecins sur le terrain.

L'ensemble des étiquettes pertinentes relevées en cours d'analyse du corpus de données sont présentées de manière exhaustive en annexe 4. Elles ont été classées en catégories pour faciliter la compréhension. Les résultats présentés dans ce chapitre sont une synthèse de ces étiquettes et ont pour objectif de répondre à la question de recherche : « La procédure disciplinaire en vigueur pour les médecins a-t-elle atteint ses limites ? ».

Dans un premier temps, je détaille les résultats du recrutement. Dans un second temps, je développe les limites actuelles qui ont pu être dégagées de l'ensemble des catégories d'étiquettes. Chaque paragraphe reprend une limite et reprend également un aperçu des pistes de solutions proposées et les éventuels questionnements ou problèmes que ces solutions induisent.

Section 1 – Résultats du recrutement

Au total, ce sont sept invités qui ont accepté un entretien : trois membres de l'Ordre des médecins (dont deux membres du Conseil national et un d'un conseil provincial), deux avocats spécialisés en droit de la santé, une plaignante et une association représentative des patients.

Section 2 – Limites de la procédure disciplinaire

§1. Manque d'efficacité du devoir de collaboration

Six intervenants ont critiqué directement ou indirectement l'efficacité pratique du devoir de collaboration des médecins. A contrario, seul un intervenant a exprimé son contentement total quant au fonctionnement actuel du devoir de collaboration. Sur l'ensemble des interviews, quatre problèmes se dégagent : la possibilité pour le médecin de mentir, celle d'exercer son droit au silence (en vertu de la Constitution et la Convention européenne des droits de l'Homme) qui rend ainsi le devoir de collaboration non contraignant, l'attitude défensive du médecin qui se présente souvent avec un avocat devant le conseil, l'incompatibilité du devoir de collaboration avec les pouvoirs de saisie des juges d'instruction dans les procédures ordinaires. Ce dernier problème est illustré par un intervenant : « *c'est aussi pour ça que le devoir de loyauté moi je n'aime pas trop. Disons que... et j'ai entendu des présidents qui le disaient : « écoutez, vous êtes ici devant vos confrères, vous pouvez dire ce*

que vous voulez, ça n'apparaîtra jamais ailleurs que d'ici ». Et puis paf saisie! Et puis je vois arriver un juge d'instruction qui vient saisir les notes de tout ce que le médecin a raconté dans une affaire de responsabilité médicale. ».

Il ressort des interviews que l'adhésion volontaire au devoir de collaboration est surtout le résultat du manque de moyens d'investigation contraignants dont disposent les commissions d'enquête des conseils provinciaux. A cet égard, un interviewé relève en plus le manque de clarté quant à l'obligation de transmission du dossier médical par le médecin : *« le seul sujet où on discute, c'est l'obligation de communiquer des pièces que le médecin doit tenir. Par exemple, est-ce qu'il peut refuser de transmettre le dossier médical ? Parce que le conseil provincial n'a pas un pouvoir de police, il ne peut pas saisir. Mais est-ce qu'on trouverait ça normal qu'un médecin ne veuille pas communiquer ce dossier, alors qu'il est obligé d'en avoir un ? ».*

Une piste de solution proposée par deux intervenants consiste à donner plus de pouvoirs d'instruction aux commissions d'enquête et notamment à leur donner le pouvoir d'exiger le dossier médical, éventuellement par voie de saisie. Cependant, un intervenant relève l'existence d'une incompatibilité entre cette piste de solution et la justice de pairs. Selon lui, accorder plus de moyens d'instruction aux conseils provinciaux reviendrait à induire une peur pour les médecins de déposer plainte à l'encontre d'un confrère : *« Qui irait encore soumettre sa difficulté à l'instance ordinale à laquelle il est soumis lui-même, si demain l'autorité peut arriver avec cinq flics, un combi, saisir tes comptes, ton ordinateur. Ça n'arrivera pas. ».* Il parle aussi d'un possible renforcement de l'attitude défensive du médecin attaqué.

§2. Manque de transparence

Le manque de transparence de la procédure disciplinaire est reconnu par la totalité des intervenants. Ce manque de transparence induit une opinion publique négative. Cette idée est clairement exprimée par un intervenant : *« Et tout ce qui n'est pas transparent, étalé, affiché, public, est soupçonné de fait de participer d'un système collusif, ou d'une corruption générale. C'est un phénomène de société pur. ».* La totalité des intervenants confirme que l'opinion publique actuelle est négative vis-à-vis de la procédure disciplinaire, et plus généralement vis-à-vis de l'Ordre des médecins.

Tous les intervenants ont, unanimement, lié le manque de transparence à la

problématique de la non communication de la décision au plaignant dans le cadre de la procédure disciplinaire.

Cinq intervenants critiquent, plus ou moins directement, cette non-communication. Parmi eux, deux intervenants insistent sur la frustration engendrée par cette absence de communication et vont jusqu'à parler d'un effet dissuasif à porter plainte pour les patients. Le fait que les organisations, venant en aide aux patients, ne recommandent pas la voie disciplinaire, renforce encore cet effet dissuasif dû à la non-communication de la décision. Selon les deux mêmes intervenants, cette absence de communication s'apparente à de l'irrespect à l'égard du plaignant, premier concerné. Un de ces deux intervenants justifie en plus sa critique en confiant que la décision est de toute façon connue de manière officieuse.

Inversement, deux intervenants ne critiquent pas l'absence de communication de la décision. Les cinq intervenants critiques proposent une piste de solution consistant naturellement à communiquer la décision au plaignant. Les deux intervenants qui n'ont pas critiqué l'absence de communication sont nuancés quant à cette piste de solution. Le premier envisage la communication, mais de manière casuistique : uniquement pour les cas les plus graves. Le deuxième exprime le côté hypocrite de cette hypothétique communication face à l'interdiction de son utilisation en « justice ordinaire » : *« On a fait plaisir au plaignant donc politiquement c'est super. Mais est-ce que juridiquement c'est intéressant ? Moi je pense que quand on dit à quelqu'un que même en justice de pairs, ce qui a été commis par son praticien est inacceptable, je pense que cette personne doit pouvoir l'utiliser au civil et au pénal si elle en est avisée. Qu'il y ait non seulement une utilité mais aussi une justice sociale. Si je subis une faute professionnelle, j'ai une autorité disciplinaire qui me donne raison. Je veux obtenir réparation de cette faute professionnelle derrière au civil ou au pénal, et on me dit « ha non, ce que les pairs ont décidé en fait, vous devez faire semblant que vous le savez pas ». Je trouverais ça profondément injuste. »*. Sur ce point, il dénonce l'inutilité de cette interdiction : *« On a une disposition du code judiciaire⁹³ qui empêche d'utiliser ce qu'on a appris dans l'enquête disciplinaire dans les matières pénales et civiles. Bon et qu'est-ce qu'on fait alors ? on le met dans les conclusions, et puis on fait « oups, désolé, j'ai pas fait exprès, j'ai mis mais je ne pouvais pas » (rires). Et quelle est la sanction ? zéro. Aujourd'hui on a deux aspects qui rendent ça complètement inutile : (1) jurisprudence Antigone (si vous violez les règles de droit de la preuve en matière pénale, on enlève un peu de la force probante de la preuve mais le juge*

⁹³ Sous-entendu l'article 477 du Code judiciaire : *« Il ne peut être fait état, dans une procédure pénale, civile ou administrative, de l'existence ou d'éléments d'une procédure disciplinaire. »*.

peut encore l'utiliser). Extrêmement intéressant, donc j'aimerais savoir ce que ça veut encore dire. (2) Toutes les lois pots-pourris (pas de nullité sans grief etc). Donc finalement vous le mettez et c'est contraire à la loi, mais c'est quoi la conséquence ? Je ne la trouve pas. ».

Trois intervenants expriment une autre difficulté : les plaignants ignorent, dans leur grande majorité, l'aspect public des débats et des décisions d'appel. Deux d'entre eux proposent une solution qui consisterait, en cas d'appel, à informer le plaignant de la date et du caractère public de l'audience d'appel. Ils évoquent aussi la possibilité d'une publication sur internet du rôle des audiences d'appel.

Il ressort encore des interviews d'autres pistes d'évolution qui permettraient de rendre la procédure disciplinaire plus transparente.

La première piste encore évoquée est d'impliquer le plaignant dans la procédure. Cela pourrait se faire en lui permettant d'une part, d'assister aux audiences disciplinaires, et d'autre part, en lui donnant un droit d'appel (pour rappel, à l'heure actuelle, le droit d'appel n'existe que pour médecin prévenu et conjointement pour le président et le vice-président du Conseil national). Sur ce point, les avis divergent.

Certains interviewés sont en faveur de cette idée d'audience publique. Parmi eux, un intervenant, très motivé, encourage à aller plus loin, en prévoyant la participation du plaignant aux audiences dans le respect du principe contradictoire. Un autre, plus réservé, exprime ne pas être contre la présence du plaignant à l'audience, mais, dans la mesure où celui-ci n'interviendrait pas dans les débats. Il s'agirait alors vraiment qu'il assiste à l'audience en tant que spectateur. Deux objections sont levées quant à la présence, même passive, du plaignant. La première est celle du secret professionnel si le plaignant n'est pas le patient : *« ce n'est pas sans problème parce que le plaignant qui n'est pas le patient, il va venir assister à une discussion... L'employeur qui dépose plainte parce qu'il trouve que le certificat est injustifié, le médecin il va s'expliquer sur la justification médicale du certificat. Donc de nouveau, on a un problème de vie privée. »*. La deuxième objection relevée est celle de la multitude des différents griefs différents dans le cas d'une procédure impliquant plusieurs plaignants. Un découpage de l'audience pourrait solutionner ce problème. Les termes utilisés par l'intervenant permettent de bien saisir l'idée : *« C'est très délicat ça hein, c'est très, très délicat. Parce que le médecin qui est poursuivi peut être poursuivi pour plusieurs griefs, plusieurs plaintes éventuellement. Alors, est-ce que le patient qui a déposé plainte pour un fait va pouvoir assister*

à toute une audience qui concerne le médecin, alors qu'il est poursuivi pour d'autres choses qui sont couvertes par le secret, le secret d'instruction et de délibéré qui existe toujours. A ce moment-là, il faudrait (...) que le patient qui veut participer à l'audience de jugement participe lorsqu'on va évoquer simplement la question qui le concerne. ».

D'autres interrogés sont plus mitigés. L'un ne se positionne pas mais rappelle simplement que l'implication du plaignant ne peut s'envisager que si les conseils provinciaux disposent de plus de pouvoirs d'instruction. Il ajoute ensuite qu'il existe déjà beaucoup d'autres voies que celle de la procédure disciplinaire pour les patients. L'autre estime que la communication de la décision suffirait, mais n'est pas significativement contre une implication du plaignant.

La deuxième piste d'évolution mentionnée, évoquée par trois intervenants, est la publication d'un résumé des sentences.

L'implication des associations représentatives de patients constitue la troisième piste d'évolution envisagée. Par soucis de cohérence, ce point sera détaillé dans le paragraphe 3 : « *Corporatisme* ». Il s'agit effectivement principalement d'une piste de solution au corporatisme, qui serait parallèlement mais subsidiairement bénéfique pour pallier au manque de transparence.

§3. Corporatisme

Aucun intervenant ne dénonce d'emblée le caractère corporatiste de la procédure. Le corporatisme apparaît plus subtilement comme une limite à la procédure disciplinaire dans le sens où certains éléments, directement ou indirectement liés à cette procédure, peuvent impacter la prise de décisions par les médecins des conseils provinciaux et, subsidiairement, des conseils d'appel. Le corporatisme renforce l'opinion publique négative vis-à-vis de la procédure disciplinaire et vis-à-vis de l'Ordre des médecins.

On peut premièrement regrouper les éléments corporatistes liés au pouvoir de sanction des conseils provinciaux et conseils d'appels.

Pour commencer, deux intervenants dénoncent la priorité accordée par l'Ordre aux préoccupations financières par rapport aux préoccupations déontologiques. Plus précisément, selon eux, l'Ordre des médecins sanctionne plus sévèrement un médecin qui aurait, par exemple, oublié de payer ses cotisations plutôt qu'un médecin qui aurait fauté déontologiquement.

Dans le même ordre d'idée, un troisième intervenant dénonce le laxisme dans les sanctions disciplinaires. A des fins de cohérence, ce point sera examiné dans le paragraphe 4 : « *Manque de sévérité des sanctions* ». Un intervenant exprime qu'« *il faut déplacer le centre d'intérêt. (...) L'objectif est d'améliorer la qualité des soins, par le biais d'une sanction. Ou en leur imposant certaines choses. L'objectif doit être noble et doit être celui-là. Dans ce contexte-là, je trouve que les médecins devraient être plus libres de sanctionner.* ». A son avis, la procédure disciplinaire est encore trop guidée par les intérêts professionnels et devrait l'être davantage par l'intérêt public.

A contrario, un intervenant plaide pour la protection des médecins qui font appel, en proposant d'invalider l'accroissement de la peine par les conseils d'appel. Il y voit là le moyen de ne pas décourager les médecins à faire appel d'une décision rendue par un conseil provincial.

Dans un nouveau registre, certains interviewés ont tenu des propos, en ce qui concerne la composition des organes de l'Ordre des médecins, qui peuvent être considérés comme corporatistes.

D'abord, trois participants expriment spontanément leur avis favorable sur l'implication de magistrats dans la procédure disciplinaire. L'un d'eux va plus loin et estime que la place d'un magistrat, président du Conseil national, est un facteur de garantie d'un agenda non corporatiste de l'Ordre. Il s'agit, selon lui, d'une forme de contrôle, qu'il ne faudrait pas mettre à mal, en envisageant de remplacer le magistrat président par un médecin. En revanche, un des intervenants exprime clairement sa volonté d'aller vers une présidence du Conseil national assurée par un médecin. Selon lui, cela générerait une plus-value symbolique et donnerait une meilleure impression aux médecins vis-à-vis de l'Ordre. Ce même intervenant rejoint néanmoins l'avis général concernant l'apport positif de la présence de magistrats au sein de l'Ordre et aux différents stades de la procédure disciplinaire.

Ensuite, le caractère redondant de la composition des organes de l'Ordre a été pointé du doigt par trois interrogés. L'un d'eux qualifie de « sclérosant » la tendance qu'ont les anciens membres des conseils provinciaux à être réélus. Il rapporte que beaucoup d'entre eux reviennent effectivement après le purgatoire obligatoire de trois ans. A côté de cela, deux interviewés plaident pour l'avantage que ces réélections apportent en termes d'expérience acquise par les membres. Par ailleurs, un intervenant rappelle qu'un médecin ne peut se présenter aux élections qu'après avoir exercé dix ans en tant que médecin. Selon lui, cela présente l'avantage de l'expérience professionnelle pour le médecin candidat. Néanmoins, cela aurait tendance à bloquer l'accès à l'Ordre aux jeunes médecins, motivés, sortant tout juste de

leurs études. Un intervenant moque la moyenne d'âge des membres des conseils provinciaux : *« J'avais 36 conseillers : 18 effectifs, 18 suppléant. J'ai eu trois morts hein en 6 ans ! »*.

Enfin, un intervenant relève la problématique du manque de diversité au sein des organes de l'Ordre des médecins et précise que : *« Les médecins, c'est comme dans la vie quotidienne, ça doit être représentatif de la société au niveau culturel aussi. »*.

J'ai regroupé en troisième lieu les éléments corporatistes liés au fonctionnement des organes de l'Ordre.

Pour commencer, l'organisation représentative des patients s'inquiète du refus de l'Ordre de collaborer pour mettre en place un système efficace de prévention des manquements déontologiques. Cette idée sera développée dans le paragraphe 5 *« Volume de plaintes trop important »*.

Ensuite, quatre intervenants témoignent des relations amicales existantes entre les membres de l'Ordre. L'un d'eux dit : *« Quand on est ici, ça dérape, ce qui énerve d'ailleurs un peu les secrétaires. Ce sont un tas de copains qui se retrouvent et alors on prend une bière, une chouffe, et puis alors on attaque le vif du sujet »*. Dans l'objectif de garantir un bon exercice des missions disciplinaires des conseils provinciaux, une piste de solution proposée par un intervenant est celle d'une professionnalisation de l'Ordre.

Enfin, cinq intervenants rappellent le caractère non contraignant du Code de déontologie. Ils complimentent tous le nouveau Code de déontologie de 2018. Mais ils expliquent qu'il s'agit plutôt de lignes directrices, laissant une marge de manœuvre au juge disciplinaire, et qu'ils valident cette approche. Deux autres intervenants admettent même ne pas avoir pris connaissance de ce nouveau Code. Une piste de solution dégagée est que le Roi (sous-entendu en collaboration avec les ministres) prenne un arrêté royal rendant le Code de déontologie contraignant. Les cinq intervenants précités sont contre cette piste de solution. Un interrogé rappelle simplement que cette hypothèse ne peut s'imaginer que si le Code est détaillé et précis (>< lignes directrices) et suppose que des tiers à l'Ordre des médecins puissent invoquer les dispositions reprises dans ce code.

Globalement, trois pistes de solution pour lutter contre le corporatisme ressortent des interviews.

La première est l'implication du plaignant dans la procédure. Pour ce qui concerne le développement des problèmes sous-jacents à cette implication, je renvoie au paragraphe 2

« *Manque de transparence* ».

L'implication des associations représentatives de patients est la deuxième piste de solution. Seule l'organisation représentative des patients exprime être favorable à cette idée. Se pose la question de la forme que prendrait cette implication et un avocat imagine l'hypothèse de faire siéger ces associations au sein de l'Ordre. Mais face à cette hypothèse, il exprime directement ses craintes de paralysie du fonctionnement de l'Ordre et de pression dans la procédure disciplinaire.

L'interdisciplinarité pourrait permettre de lutter contre le corporatisme et constitue donc la troisième piste de solution. Une idée concrète proposée par un intervenant est d'élargir l'Ordre des médecins et de prévoir un seul ordre interdisciplinaire pour l'ensemble des professions de santé. L'intervenant est favorable à cette idée. En revanche, trois intervenants y sont opposés. Selon eux, il y a une incapacité de jugement du travail professionnel d'un médecin par des professionnels de la santé, non médecins. Un de ces intervenants s'oppose plus radicalement : *« Je pense qu'il faut laisser les médecins laver leur linge sale en famille, bien souvent il n'y a pas grand-chose à laver d'ailleurs. Si vous mettez d'autres sensibilités, on va avoir quoi ? Des avis qui seront purement individuels, qui ne reposent que sur des sentiments, des impressions. »*. Deux des trois opposants relèvent aussi le problème du nombre de plaintes trop volumineux pour pouvoir regrouper plusieurs ordres en une seule structure. Plus nuancé, un quatrième intervenant n'envisage positivement cette hypothèse que si cet Ordre avait une autre fonction que le disciplinaire. Voici un extrait de son interview pour mieux comprendre : *« Il faut savoir ce qu'il faut faire, que va-t-il faire ? Si c'est pour qu'on ait des infirmiers, des accoucheurs, des kinés et des dentistes qui viennent dire comment il faut sanctionner un médecin, ça me paraîtrait ridicule. On devrait dès lors avoir, quand on va juger un médecin qu'on ait une chambre médicale, une chambre kiné quand on va juger un kiné. (...) Avoir un conseil interprofessionnel des professions de santé, mais qui n'est qu'un conseil qui superpose et qui est l'organisation faïtière des différents ordres, ça je crois que c'est un non-sens, mais qu'on ait un conseil interprofessionnel qui soit là pour échanger des informations et des expériences des différentes professions : ça oui, ça a un sens. »*.

§4. Manque de sévérité des sanctions

Une quatrième limite à examiner est le manque de sévérité des sanctions. Ce manque de sévérité est directement admis par deux participants et indirectement admis par un troisième.

Un membre de l'Ordre reconnaît que : « *Notre problème voyez-vous, c'est qu'on est trop light* ». En ce sens, il explique que les sanctions lourdes (suspension plus longue que deux ans ou radiation du tableau de l'Ordre) ne sont que peu appliquées. Il rappelle qu'une majorité de deux tiers des voix est d'ailleurs exceptionnellement requise dans les cas d'application d'une sanction lourde. Il rappelle aussi que la sanction de radiation n'est pas définitive, puisqu'un médecin radié du tableau de l'Ordre peut se réinscrire après une période de deux ans. Il va jusqu'à moquer la sanction de réprimande en disant que « *Quand vous êtes réprimandés, la seule chose qu'il y a, c'est qu'on ne peut pas se présenter aux élections de l'Ordre. Et quand on a un peu plus, le jour où vous avez 50 ans de diplôme, on verra si on vous invite à fêter ça avec les autres. Grave hein ?* ».

Inversement, quatre intervenants ne relèvent pas le manque de sévérité des sanctions. L'un d'entre eux, souligne le manque de clarté dans la nuance des sanctions actuelles. Il rappelle également que le plaignant est libre d'utiliser d'autres voies juridiques que celles de la procédure disciplinaire : responsabilité civile, responsabilité pénale, INAMI, fonds d'indemnisation. En outre, trois de ces quatre intervenants estiment que le passage par une procédure disciplinaire pour un médecin est déjà une sanction en soi. Parmi eux, un participant précise être favorable à l'instauration d'un système de non-aggravation de la sanction en degré d'appel lorsque l'appelant est le médecin.

Trois pistes de solutions peuvent être relevées du corpus de données.

Pour commencer, cinq interviewés ont spontanément exprimés être en faveur d'un nouveau système de sanctions. Ce nouveau système inclurait des modalités de sanctions telles que le sursis ou la suspension du prononcé. L'un des intervenants insiste sur la faisabilité d'instaurer un tel système : « *Ca je suis convaincu que c'est quelque chose qui doit être fait. Et je ne vois pas pourquoi on ne le fait pas plus vite parce que ça, ça n'est pas tellement difficile à faire. (...) le fait de transposer en matière disciplinaire, des règles de modalités de sanction que nous connaissons en matière pénale par exemple ou même dans d'autres professions organisées comme au barreau, c'est quelque chose de facile à faire* ». En outre, deux participants insistent sur la valeur ajoutée d'un potentiel futur effacement de la peine ou d'une réhabilitation. L'un des interrogés s'exprime : « *S'il y avait ces ajouts-là, ce serait sûrement mieux, pour qu'une peine soit vraiment une peine.* ».

La deuxième piste de solution dégagée est l'instauration d'une fourchette de sanction en fonction du type de manquement commis. Quatre intervenants s'y opposent fermement et sont désireux d'une conservation de la marge de manœuvre totale des conseils provinciaux quant au degré de sanction. L'un d'eux, membre de l'Ordre, précise le risque d'une dé-contextualisation du manquement en cas d'instauration d'une sanction minimale. Un autre intervenant est plus nuancé. Il affirme que la fourchette de sanction pourrait positivement mener à plus d'uniformité jurisprudentielle, mais pointe en revanche une limite quant à son application concrète. Ses propos sont explicites : « *Fourchette de peine moi je comprendrais mieux. (...) parce qu'effectivement, en fonction du type de grief, ça se serait plus légitime d'avoir plus d'uniformité via une fourchette de peine. Ça ok. Mais concrètement ça ne se passe pas comme ça, vous êtes cités pour 4/5 griefs et donc généralement vous avez une unité d'intention avec une peine.* ».

La rédaction d'un catalogue de manquements est la troisième piste relevée. Ce sont à nouveau quatre intervenants qui y sont opposés. Par contre, un cinquième intervenant est plus nuancé. Il exprime ne pas être contre un catalogue reprenant de manière exhaustive les exemples de manquements, mais pointe ensuite directement la limite de la difficulté d'une telle mise en place.

§5. Volume de plaintes trop important

Il ressort d'abord des interviews que le volume de plaintes trop important est, entre autres, causé par la limite du manque d'application de la médiation par l'Ordre des médecins. Cette limite et les pistes de solutions y étant associées seront examinées dans le paragraphe 6 « *Manque d'application de la médiation* ».

Deux interviewés relèvent même spontanément la trop grande facilité pour introduire une plainte. Pour exemple, l'un d'eux dit : « *Puis c'est facile hein... On encourage à mettre sur la table les conflits, la page de contact, pouf un petit mail : « c'est dégueulasse, je suis pas content ». C'est assez facile, il n'y a pas de forme, il n'y a rien.* ». D'ailleurs, les membres de l'Ordre expliquent que beaucoup de plaintes sont introduites pour des faits mineurs.

Deux pistes de solutions ressortent des interviews.

D'abord, deux intervenants sont partisans d'une meilleure prévention aux manquements déontologiques. Concrètement, il s'agirait d'une part, de sensibiliser les médecins à la répétition des erreurs médicales et, d'autre part, de les sensibiliser et former à l'aspect communicationnel (empathie, pédagogie, écoute, ...) dans la relation médecin-patient. Cela pourrait se mettre en œuvre dans le cadre du programme universitaire des étudiants en médecine, ou encore dans la cadre d'organisation de jeux de rôles. Parmi les deux intervenants, l'association représentative des patients souhaite collaborer avec l'Ordre des médecins pour organiser une meilleure prévention. Sur ce même point, l'association ajoute que l'Ordre est fermé à cette collaboration.

Ensuite, et dans le même ordre d'idée, deux intervenants défendent l'idée d'une déontologie positive. Pour illustrer ce qu'est la déontologie positive, voici un extrait de l'interview de l'un d'eux : *« Moi ce que je trouvais aussi bien dans l'histoire, c'est qu'on envisage que l'ordre aille plus vers une déontologie positive, donc arrêter d'uniquement sanctionner, mais plutôt former, conseiller, répondre aux questions, éduquer, quand il y a un problème agir de façon préventive. »*. Ce même intervenant relève une limite sous-jacente à cette piste de solution. Selon lui, envisager la déontologie positive dans les conseils provinciaux serait difficilement conciliable avec leur mission disciplinaire actuelle : *« Mais on a la volonté d'être beaucoup plus accueillant pour discuter avec la personne qui est en difficulté et l'aider au moment opportun. Mais on a toujours ce petit soucis de devoir garder suffisamment de personnes actives pour mener correctement les procédures disciplinaires. Donc c'est un frein au déploiement d'un tas d'activités que les conseils pourraient faire. »*. L'autre intervenant relève également une limite sous-jacente : l'image, actuellement négative, de l'Ordre auprès des médecins. L'idée est que l'efficacité d'un système de déontologie positive dépend directement de la participation des médecins. Or, des médecins qui n'ont pas confiance en leur Ordre ne participeront pas au système que celui-ci voudrait mettre en place.

§6. Manque d'application de la médiation

Cinq intervenants reconnaissent le manque de recours à la médiation comme une limite de la procédure disciplinaire actuelle. L'un d'eux, membre de l'Ordre des médecins, admet que la mission de conciliation n'est jamais appliquée quand il s'agit d'un conflit entre un médecin et un plaignant. Un autre participant est plus nuancé mais reconnaît tout de même le manque d'application de la médiation en expliquant qu'elle n'existe, à l'heure actuelle, que pour les conflits d'honoraires. Il ajoute que, pousser plus loin la mission de médiation de l'Ordre, serait

chronophage au vu du nombre des plaintes.

Le dernier intervenant, n'est pas convaincu que le manque de médiation soit une limite à l'actuelle procédure disciplinaire. Selon lui, une forme de médiation existe déjà, prise en charge par les présidents des conseils provinciaux ou la commission d'enquête lorsqu'elle effectue l'instruction : *« Ca va exister mais je ne vois pas ça comme quelque chose d'indispensable à mettre sur pieds aujourd'hui. C'est bizarre ça hein. (...) Sachant aussi que ça peut se régler au niveau aussi du président de l'ordre qui dispose de l'attitude pour entendre les deux confrères et leur dire de se calmer à tous les deux. Ou au niveau de la commission d'enquête. (...) de façon prétorienne, il existe déjà certaines modalités qui permettent de résoudre. »*. Sur ce point, un intervenant dit aussi que le recours à la médiation est un choix d'orientation laissé au libre arbitre de chaque président d'un conseil provincial.

Enfin, l'association représentative des patients fait remarquer que la médiation « extra-ordre » n'est pas conciliable avec l'engagement d'une procédure disciplinaire. Elle explique que, dès qu'une plainte est engagée à l'encontre d'un médecin auprès d'un conseil provincial, les médiations hospitalières sont automatiquement mises à l'arrêt car on considère qu'il est trop tard pour arranger les choses entre le plaignant et le médecin en question.

Les cinq intervenants ayant reconnu le manque d'application de la médiation sont tous favorables à une plus large application de celle-ci. Néanmoins, l'interviewé plaignant exprime sa crainte de voir se multiplier les étapes en cas de non-aboutissement de la médiation. En ce sens, deux pistes de solutions résultent des discours des intervenants.

La première, proposée par un intervenant, consiste en la création d'une structure de médiation indépendante de l'Ordre des médecins. Cet interviewé mentionne la potentielle difficulté en termes de recrutement de médiateurs indépendants de l'Ordre et compétents en matière médicale. Pour bien comprendre, voici l'extrait de son interview : *« Il faut vraiment alors avoir quelque chose de totalement indépendant, des gens qui ne sont pas liés par une chose ou par une autre. Et évidemment, comment trouver ça ? Parce que trouver des gens qui sont compétents en matière médicale mais qui ne sont pas dans le milieu des médecins... comment trouver ? Et qui se tiennent aussi au courant de l'évolution de la médecine. Il faudrait presque des fonctionnaires, des gens payés pour ça, qui à la fin de leurs études ou à la fin d'un long parcours de médecin, peuvent se dire « bon maintenant moi, médecin non. » »*.

La deuxième piste de solution serait de former des médecins à la médiation, directement dans les conseils provinciaux. Trois participants y sont favorables. L'un d'eux fait remarquer que cette possibilité ne peut pas s'envisager dans les conseils provinciaux tels qu'ils sont organisés aujourd'hui, car il y aurait un problème au niveau de la séparation des pouvoirs par le biais d'un médiateur-juge. Cet aspect sera détaillé dans le paragraphe 7 « *Manque de séparation des pouvoirs* ».

Deux autres limites communes à ces pistes de solutions sont relevées. D'abord, un intervenant souligne la limite du champ d'application de la médiation. En fait, selon un intervenant, il est évident que la médiation pourrait être efficace pour résoudre des conflits entre deux médecins, mais qu'elle serait à priori vouée à l'échec en ce qui concerne la résolution d'un conflit entre un plaignant et un médecin. Un autre participant rappelle simplement que la médiation n'est pas obligatoire puisqu'elle ne peut se mettre en œuvre qu'avec l'accord des parties.

Enfin, et dans le cadre d'une volonté d'augmenter le recours à la médiation, une question est soulevée par deux intervenants : quel serait l'impact de la médiation sur la procédure disciplinaire ? Le fait pour le médecin de participer à une médiation serait-il exonératoire de la phase ultérieure qui est d'ordre disciplinaire ? Pour l'un, il faudrait automatiquement supprimer la procédure disciplinaire dans un tel cas, pour qu'il y ait un véritable intérêt pour le médecin à choisir la médiation. L'autre interviewé est d'accord mais est plus nuancé. Il rappelle quand même que l'objectif d'une procédure disciplinaire est public, contrairement à la médiation qui vise les intérêts privés des parties. Il ajoute qu'il y aurait une pression sur le libre choix du médecin de participer à la médiation. Voici un passage de sa réflexion : « *Mais d'un autre côté, si on dit « si vous vous conciliez, vous ne serez pas sanctionnés », en termes de liberté d'aller ou non dans la médiation, il y a un peu une pression. Est-ce que c'est juste... à quelqu'un qui a fait 17 certificats de complaisance, même si l'employeur est content d'une telle conciliation avec le médecin, en soi il a dénigré la profession, il l'a ridiculisée, il sabote la confiance, il y a un problème qui persiste.* ».

§7. Manque de « séparation des pouvoirs »

Le manque de séparation des pouvoirs apparaît comme une dernière limite à la procédure disciplinaire. Suivant le contenu des différentes interviews, on peut considérer que le manque d'effectifs dans l'Ordre des médecins est une des causes. Plusieurs facteurs,

contribuant au manque de séparation des pouvoirs, ont été dégagés par les différents intervenants.

Le premier facteur est le manque de séparation entre les phases d'instruction et de jugement. Tous les intervenants sont d'accord sur l'importance d'une séparation entre ces phases. Selon eux, il importe effectivement que des mêmes individus ne procèdent pas à l'enquête, pour ensuite juger l'affaire eux-mêmes. Par-contre, ils ne s'accordent pas tous sur le caractère inexistant de cette séparation. Cinq participants estiment que cette séparation est présente dans les faits, puisque les deux médecins, membres du conseil provincial, qui font partie de la commission d'enquête, ne participent pas, en tant que tel, au conseil de jugement du conseil provincial : ils sont bien présents mais jouent le rôle de rapporteurs en communiquant le rapport d'enquête au conseil de jugement, et, à ce titre, ils ne peuvent pas voter. Ils sont là uniquement pour répondre aux éventuelles questions des membres du conseil. A l'inverse, trois intervenants estiment qu'une séparation plus formelle devrait exister. Selon eux, un conseil provincial ne devrait pas consécutivement exercer une mission d'instruction et de jugement.

Le deuxième facteur est le manque de séparation entre les missions d'avis et les missions disciplinaires des conseils provinciaux. Cette lacune est particulièrement soulignée par un intervenant : *« Sachant par ailleurs que la difficulté du conseil c'est qu'il a une autre mission qui est me semble-t-il fondamentale, sinon beaucoup plus fondamentale, qui est celle d'être une instance d'avis. Elle oriente en fait la profession, elle calque les standards de qualité. (...) Voilà, il y a quelque chose de très paradoxal à critiquer l'ordre mais à vouloir en même temps qu'il supporte toutes les casquettes. »*.

Le manque de séparation des missions de médiation et disciplinaire est le troisième facteur. Quatre participants ont plus ou moins directement évoqué ce problème. L'un d'eux a été très clair : *« L'hypothèse de prévoir la médiation est tout à fait sympathique, mais si on veut séparer les phases d'instruction, de jugement et de médiation, on ne peut pas être médiateur et instructeur, on ne peut pas être médiateur et juge (...) »*.

En outre, un intervenant fait simplement remarquer que l'Ordre est à la fois le rédacteur du Code de déontologie et l'organe qui sanctionne les manquements déontologiques. Voici les termes qu'il a utilisés : *« Donc finalement, ce qu'ils décident d'édicter, enfin je veux dire qu'il n'y a aucun cadre qui décide ce qu'ils peuvent édicter. Donc le droit disciplinaire est le droit*

disciplinaire qu'ils se donnent ; la déontologie est la déontologie qu'ils se donnent. ». Cela peut s'apparenter à un manque de séparation des pouvoirs entre législatif et judiciaire.

Enfin, un interviewé relève qu'il n'existe aucune interdiction à être en même temps membre de l'Ordre des médecins et de l'ABSYM⁹⁴.

Six pistes de solutions ont été discutées au fil des différents entretiens.

La première piste est d'ordre théorique. Elle consiste à réviser les missions des organes de l'Ordre des médecins et six intervenants sont d'accord avec cette idée. En ce sens, l'un parle d'une suppression de la mission disciplinaire actuelle des conseils provinciaux, afin de privilégier leur fonction d'« aviseur ». Dans ce sens également, deux autres intervenants proposent d'encourager le développement de la déontologie positive et de confier cette responsabilité aux conseils provinciaux. Cette idée a déjà été développée dans la deuxième piste de solution du §5 « *Volume de plaintes trop important* ». Selon ces six intervenants, cela permettrait une meilleure compréhension publique et mènerait logiquement à plus d'efficacité.

Dans le même ordre d'idée, un interviewé dégage une deuxième piste de solution. Il s'agit, de manière générale, d'établir les institutions en fonction des missions : *« Le fait qu'une institution existe n'a aucun sens en soi, une institution existe pour la mission légale qui lui est dévolue. En terme de méthodologie, on définit d'abord ce qu'on veut voir faire, et puis on détermine les institutions qu'il faudrait réaliser. On inverse toujours le raisonnement et on fait toujours cette même erreur. ».*

La troisième piste de solution est plus concrète et consiste en la création de deux chambres de jugement : une francophone et une néerlandophone. Seul le membre du conseil provincial a exprimé y être défavorable. Au contraire, la plupart des interviewés sont en faveur de cette proposition. Concrètement, il ne s'agirait pas de supprimer les conseils provinciaux, mais de limiter leurs fonctions. Ils seraient compétents en matière d'enquête, de médiation et de prévention, mais pas en matière de jugement. Un intervenant pense que cela permettrait une meilleure séparation, ou, en tout cas, plus formelle, des phases d'instruction et de jugement. D'autres intervenants y sont favorables mais pour d'autres raisons. Selon eux, cela pourrait

⁹⁴ Association belge des syndicats médicaux.

effectivement mener à une jurisprudence plus uniforme. Voici un extrait d'une interview représentatif de cet objectif : *« On verra bien sa composition, ça peut changer ça, mais l'idée c'est celle-là : d'avoir une jurisprudence uniformisée et qu'une infraction déontologique à Liège soit traitée de la même manière et pas différemment en fonction de s'il est liégeois ou luxembourgeois. »*. Deux intervenants disent aussi que cela pourrait mener à plus de neutralité des juges par rapport aux sensibilités locales, puisqu'il y aurait moins de proximité des juges avec les personnes jugées. Pour illustration, l'un d'eux exprime que : *« L'avantage du conseil provincial, c'est qu'il est en phase avec la population médicale de la province. C'est la question de proximité, c'est le côté positif. Il y a un côté négatif, c'est que vous avez parfois des querelles de clocher. (...) Alors, si on regroupe plusieurs provinces, on passe le cap de ces éventuelles rivalités. Si on a un regroupement, on va retrouver une certaine sérénité, parce que les questions d'égo vont être diluées, parce qu'il y a des représentants venant d'autres endroits, et que ce qui était un conflit local exacerbé par les passions, va devenir quelque chose de plus anecdotique. Ca c'est l'avantage quand on a des structures un peu plus regroupées. »*.

Dans la même optique de concrétisation de la séparation des pouvoirs, un intervenant propose une quatrième piste de solution : créer une structure de médiation complètement indépendante de l'Ordre. De cette manière, la médiation ne serait plus exercée dans les conseils provinciaux. Les problèmes sous-jacents à cette piste ont déjà été explorée dans le §6 *« Manque d'application de la médiation »*. Dans le même paragraphe, j'ai fait référence à la cinquième piste de solution en lien avec la médiation, qui consistait en une suppression de la procédure disciplinaire pour le médecin en cas de médiation.

La sixième et dernière piste proposée est d'établir un cadre de droit objectif émanant d'une autorité extérieure à l'Ordre pour la rédaction du Code de déontologie par le Conseil national de l'Ordre des médecins. On réglerait ainsi le côté dérangeant du « législateur-juge ».

Section 3 – Synthèse des résultats

Les deux figures présentées ci-dessous sont des modèles intégratifs des résultats. Ces figures doivent être lues en combinaison. Elles représentent les éléments-clés permettant de répondre à la question de recherche.

Le premier schéma représente les catégories de limites de la procédure disciplinaire, en les positionnant au centre du schéma, dans des bulles rouges : Manque d'efficacité du devoir de collaboration, Manque de transparence, Corporatisme, Manque de sévérité des sanctions, Volume de plaintes trop important, Manque d'application de la médiation, Manque de « séparation des pouvoirs ». Chacune des sept limites est détaillée dans les résultats. Le modèle suit l'ordre présenté dans la section 2 : « *Limites de la procédure disciplinaire* ». Pour chaque catégorie de limites, les pistes de solution sont présentées dans des cadres verts. Chaque flèche sous-entend qu'on pourrait se diriger vers la solution en question pour essayer de remédier à la limite concernée.

Le deuxième figure reprend, sur la gauche, les pistes de solutions numérotées de la Figure 1. Ces pistes de solution ont la particularité d'avoir induit des réflexions (questionnements, problèmes, remarques, etc.) sous-jacentes chez les intervenants. Ces réflexions apparaissent, en correspondance aux pistes de solution, sur la droite, en bleus. Les flèches apparaissent en pointillé car il s'agit de raisonnements hypothétiques, dans le cas où la piste de solution serait effectivement mise en œuvre.

Figure 1.

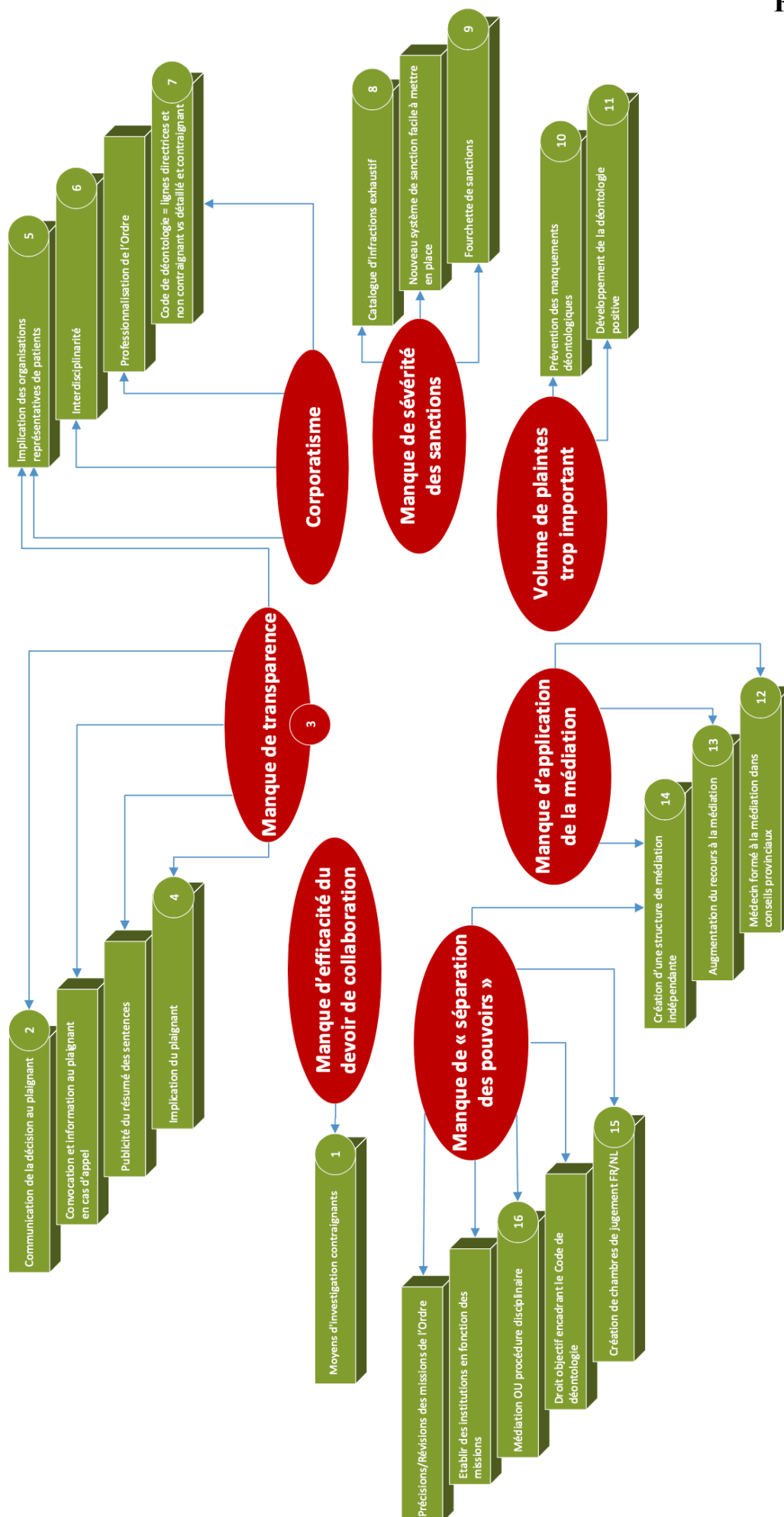
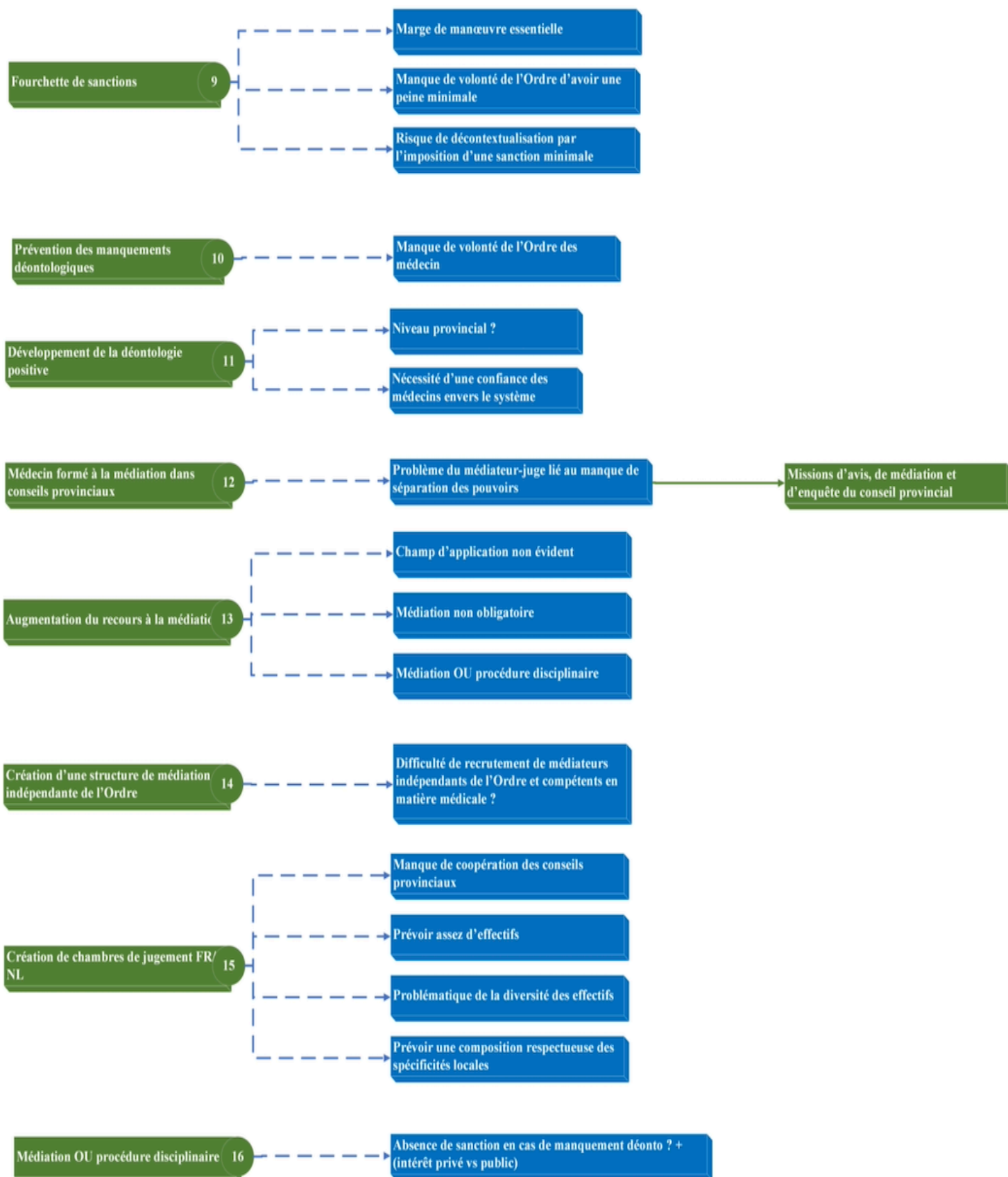


Figure 2.





Chapitre 4. Discussion

Section 1. Discussion autour de la méthodologie

§1. Qualité du travail

A. Qualité générale

Le choix de la méthode qualitative est justifié puisque l'étude a permis d'apporter des éléments de réponses à la question de recherche, à savoir : « La procédure disciplinaire en vigueur pour les médecins a-t-elle atteint ses limites ? ». Dans le but de la recherche des limites et des pistes de solutions, la méthode quantitative n'aurait pas été appropriée. En effet, le but était plutôt celui de l'émergence d'idée, et non pas celui d'une quantification.

D'un point de vue méthodologique, j'ai scrupuleusement suivi les différentes étapes d'une étude qualitative. Ces étapes sont détaillées dans le chapitre 1 de ce mémoire : « *Méthodologie* ».

Les résultats sont présentés de manière exhaustive. Ils ne sont pas le fruit de mes propres réflexions, mais ressortent bien des différentes interviews effectuées. Ils sont complets. En effet, j'ai procédé à des entretiens individuels jusqu'à obtenir la saturation des données. Cela signifie que les derniers entretiens n'ont pas apporté de nouveaux résultats, ce qui justifie l'arrêt de la poursuite des interviews.

Le choix d'une analyse qualitative inductive générale a porté ses fruits : j'ai bien conclu l'analyse par la création d'un modèle intégratif des résultats.

B. Critères de validité

La validité d'une étude qualitative peut être vérifiée suivant des critères tels qu'ils ont été établis par Catherine Pope et Nicholas Mays.⁹⁵ Ci-dessous je présente chacun de ces critères et le résultat de la vérification dans le cadre de mon enquête de terrain et de mon analyse.

Triangulation.

La triangulation consiste en une comparaison des résultats issus de différentes méthodes de

⁹⁵ N. MAYS et C. POPE, « Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research », *B.M.J.*, Janvier 2000, pp. 50-52.

collecte de données ou de différentes sources. L'objectif est de cibler les convergences et d'en tirer une interprétation globale et de compenser les faiblesses d'une méthode ou d'une source par l'apport d'une autre source par exemple.

Dans le cadre de ce travail, la triangulation a bien été effectuée, notamment par la mobilisation des résultats de la recherche théorique pour élaborer les questionnaires et procéder aux interviews. La triangulation s'est aussi faite par la mise en regard des résultats de la recherche de littérature avec ceux de l'analyse qualitative. Cela fait l'objet de la première partie de la discussion sur les résultats.

Validation par les interviewés.

Ce critère est également appelé « member checking » en anglais. L'idée est de vérifier la correspondance entre, d'une part, les données brutes récoltées par l'interviewer et surtout les étiquettes qui s'en dégagent, et, d'autre part, le message que les interviewés souhaitent transmettre. L'objectif n'est pas celui d'une correspondance parfaite, mais plutôt de réduire les erreurs d'interprétation potentielles.

Ici, la validation s'est faite de plusieurs manières. D'abord, des questions subsidiaires ont parfois été ajoutées lors de l'interview pour garantir la bonne compréhension du message que l'interviewé voulait transmettre. Ensuite, j'ai proposé aux intervenants de recevoir une copie du travail final. Enfin, j'ai demandé aux intervenants de pouvoir les recontacter en cas d'éventuel besoin de précisions quant à l'interprétation de leurs propos.

Exposition claire de la méthode de collecte de résultats ainsi que de l'analyse.

La méthodologie de l'étude qualitative est clairement expliquée dans le premier chapitre de ce travail, intitulé « *Méthodologie* ». Ensuite, une interview entièrement retranscrite est disponible en annexe 3. Les autres interviews n'ont pas été reprises en annexe dans le souci du respect de l'anonymat des intervenants. Certains passages permettaient effectivement de les identifier. Enfin, les étiquettes dégagées du corpus de données en cours d'analyse sont disponibles de manière exhaustive (y compris celles non pertinentes pour répondre à la question de recherche) en annexe 4.

Réflexivité.

Il s'agit de reconnaître sa propre subjectivité en tant que chercheur et analyste, afin de renforcer la crédibilité des résultats.

Malgré ma volonté de tendre vers le plus possible de neutralité, j'ai procédé, à toutes les étapes

de mon étude qualitative, avec ma propre subjectivité. J'ai analysé les données recueillies avec mon regard d'étudiante en droit de 24 ans, mes connaissances juridiques, mon vécu personnel, ... Il s'agit d'un biais inévitable qui sera présenté dans le deuxième paragraphe « *Biais* ». Cependant, cette prise de conscience m'a aidé à prendre du recul et à réduire les effets de ce biais de subjectivité.

Attention portée aux résultats divergents.

L'objectif est d'affiner l'analyse jusqu'à ce qu'elle puisse exprimer la totalité ou en tout cas la grande majorité des points de vues recensés.

Dans ce travail, l'intégralité des résultats est présentée en annexe 4 et détaillée dans le chapitre 3 « *Résultats de l'étude qualitative* ». Dans ce même chapitre, j'ai présenté les similitudes, divergences ou contradictions entre les avis des différents intervenants. J'ai également présenté les points de vues minoritaires, jusqu'à énumérer ceux qui allaient à l'encontre de mes convictions personnelles.

Partage équitable.

Il s'agit de s'assurer que l'étude intègre explicitement un large éventail de perspectives différentes, afin de ne pas présenter le point de vue d'un groupe comme étant une vérité absolue. Les résultats du recrutement ont été présentés dans la première section « *Résultats du recrutement* » du chapitre 3 de ce mémoire. Le partage équitable est garanti par la diversité des points de vue rassemblés et des personnes interrogées : membres de différents organes de l'Ordre des médecins, avocats, plaignante, association représentative de patients. Par-contre, il subsiste une faiblesse dans cette étude: aucun médecin non membre d'un organe de l'Ordre des médecins, et impliqué une procédure disciplinaire, n'a été interrogé. L'idée d'un élargissement de l'échantillon d'intervenants a été envisagée, mais a dû être abandonnée pour des raisons de manque de temps et de contexte épidémique.

§2. Biais de l'étude

A. Notion

Une étude comporte toujours des biais. Un biais est un mécanisme de déformation naturelle propre à un chercheur. L'important pour le chercheur est d'abord d'en prendre conscience, et ensuite de prendre les mesures nécessaires afin de réduire ces biais. L'objectif est donc bien celui d'une réduction, et non pas d'une suppression des biais, afin d'améliorer la

qualité de l'étude.

B. Biais

Logiquement, je me base essentiellement sur une réflexion personnelle en ce qui concerne les biais qui ont pu affecter mon étude. J'ai néanmoins pu m'appuyer sur les informations disponibles dans la fiche d'une institution française⁹⁶.

Tout d'abord, les interviews se basaient sur des questions très ouvertes et étaient sensées durer entre trente et quarante minutes. Certaines interviews ont pourtant duré plus longtemps, ce qui a pu générer une certaine lassitude ou un comportement d'évitement dans les réponses des intervenants concernés.

Ensuite, j'ai tenté de réduire le biais de sélection en étant attentive lors de mon recrutement, à contacter différents groupes d'intérêts : avocats, médecins membres du Conseil national, médecins membres d'un conseil provincial, plaignants et associations représentatives de patients. Malgré tout, le recrutement s'est avéré difficile. En effet, j'ai fait face à des refus de participation à mon étude, pour des motifs variés (manque de temps, manque de connaissance du domaine, contexte sanitaire, ...).

Un biais de désirabilité sociale a probablement affecté la qualité des réponses obtenues. Il s'agit de la tendance naturelle qu'ont les interrogés à adopter une attitude visant à soigner le bien paraître lors d'une interview. Dans le but d'atténuer ce biais, j'ai utilisé le mécanisme de répétitions, en paraphrasant certaines questions, afin de vérifier le point de vue de l'interrogé. J'ai également essayé de garder une attitude neutre pour éviter toute influence. Enfin, j'ai multiplié les entretiens avec différents intervenants dans le but de récolter un maximum de points de vue variés.

La tendance naturelle de chaque individu est de retenir les informations confirmant leurs hypothèses et opinions préconçues. Un biais de confirmation n'est donc pas à exclure. Pour prévenir ce biais, j'ai porté une attention toute particulière à rester neutre dans mes questions, afin de ne pas diriger les réponses des intervenants pour obtenir des propositions en accord avec mon propre point de vue. De plus, j'ai pris en compte les avis divergents et opposés à mes a

⁹⁶ CEDIP, "Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information », *Les fiches en lignes de La lettre du CEDIP*, Fiche n°62, Avril 2014, http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

priori.

Un autre biais possible est celui de fixation de l'objectif. Il consiste à être trop focalisé sur le moment et sur certains points précis lors de l'interviews, sans prendre assez de recul. Cependant, j'ai veillé à rester attentive et à garder l'esprit ouvert au fil de chaque entretien. Un bon moyen d'atténuer ce biais consiste à procéder aux entretiens à deux. Ce moyen n'a pas pu être envisagé dans le cadre de mon mémoire.

Le biais du stéréotype est possible. Il s'agit d'avoir des idées préconçues vis-à-vis d'un groupe et de généraliser ces a priori à tous les membres de ce groupe. Ce biais peut conduire à un autre : la biais du préjugé. J'avais effectivement des croyances quant à certaines caractéristiques des membres de l'Ordre des médecins ou des organisations représentatives de patients. Je suis restée prudente, en me rappelant que chaque individu a ses propres croyances et que celles-ci ne confirment pas toujours le jugement qu'on s'est fait de lui.

Par ailleurs, il faut prendre en compte deux biais, qui sont plus moins liés : le biais de subjectivité et le biais affectif. Le biais subjectif a déjà été évoqué dans le paragraphe 1 : « *Qualité du travail* ». Il a à voir avec la vécu du chercheur. La biais affectif, comme celui de subjectivité, est une déformation du jugement, mais qui a à voir avec le ressenti émotionnel et relationnel du chercheur (influence de l'humeur, du feeling avec la personne interrogée, ...). J'ai tenté de réduire ces biais en me forçant à prendre un regard neutre au moment de l'étiquetage de chaque interview et en attribuant autant d'attention aux informations communiquées par chaque intervenant, indépendamment de l'affect positif ou négatif que j'ai ressenti au moment de l'entretien. Cependant, la meilleure méthode pour combattre le biais affectif aurait sûrement été d'effectuer l'étude à deux chercheurs. Dans cette hypothèse, les chercheurs peuvent chacun procéder à l'étiquetage et l'analyse des entretiens que l'autre a réalisés. Cette méthodologie n'a pas pu être mise en œuvre dans le cadre de ce travail de fin d'étude.

Enfin, le biais de la technicisation⁹⁷ est récurrent dans les analyses qualitatives inductives. Il s'agit de la tendance du chercheur à analyser le contenu de manière trop systématique et méthodique, en oubliant de faire appel à sa créativité. Il est vrai que j'ai scrupuleusement suivi

⁹⁷ M. BLAIS ET S. MARTINEAU, *op.cit.*, p. 15.

les étapes décrites dans le chapitre 1 : « *Méthodologie* ». Par-contre, tout au long du processus, j'ai laissé s'exprimer ma créativité, dans le sens où j'ai tenté d'imaginer et de transmettre originalement le corpus de données récoltées. Pour ce faire, j'ai fonctionné de manière cyclique et non linéaire.

Section 2. Discussion autour des résultats de recherche

§1^{er}. Réflexion préliminaire

Les résultats de la recherche de littérature et de l'étude permettent de comprendre que la procédure disciplinaire ne peut pas s'appréhender de manière isolée. Ainsi, si l'objectif est celui « d'une meilleure procédure disciplinaire », c'est l'ensemble du contexte qui doit être pris en compte. C'est-à-dire que les réflexions ne peuvent pas se limiter à l'aspect purement procédural, elles doivent être élargies à des questions de structure et de compétence des organes de l'Ordre des médecins. En d'autres termes, une réforme de la procédure disciplinaire n'est envisageable que dans la perspective d'une réforme plus générale de l'Ordre des médecins.

§2. Mise en regard des résultats de l'étude avec ceux de la recherche de littérature

Comme expliqué dans le deuxième chapitre de ce mémoire, plus précisément à la Section 4 : « *Perspectives de réforme* », le Conseil national a établi une « proposition de loi » relative à l'Ordre des médecins. En réalité, il s'agit d'un avis⁹⁸. Dans l'exposé des motifs de ce texte, l'Ordre affirme être demandeur d'une réforme du cadre légal entourant l'Ordre des médecins. Le but, d'intérêt public, est celui d'une adaptation aux évolutions de la société.⁹⁹ Cet avis ne sera pas examiné dans les moindres détails. Par-contre, l'objectif de ce paragraphe est bien de comparer les résultats de l'étude (*voy. Figures 1 et 2*) avec les éléments de cette proposition de loi imaginée par le Conseil national. Par soucis de clarté et de cohérence, le paragraphe se décline en plusieurs points, correspondant aux limites dégagées dans les résultats.

A. Manque d'efficacité du devoir de collaboration

La limite du manque d'efficacité du devoir de collaboration n'apparaît pas dans le contenu de la proposition. Par ailleurs, il est prévu que les moyens d'instruction des

⁹⁸ Avis du CN du 17 septembre 2016 sur la réforme de l'Ordre des médecins – Proposition de loi faite par le Conseil national de l'Ordre des médecins, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/discipline/reforme-de-l-ordre-des-medecins-proposition-de-loi-faite-par-le-conseil-national-de-l-ordre-des-medecins-17-septembre-2016> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

⁹⁹ *Ibid.*, p. 1.

commissions d'instructions des conseils provinciaux restent limités. Effectivement, bien que certains moyens soient prévus (une constatation dans le cabinet du médecin, une demande de communication des documents ou renseignements, une audition d'une personne concernée)¹⁰⁰, rien ne parle de pouvoirs d'instruction contraignants. En outre, les moyens cités sont eux-mêmes limités : ils peuvent être exercés « *dans les limites de ce qui est nécessaire à la manifestation de la vérité* »¹⁰¹.

B. Manque de transparence

La limite du manque de transparence de la procédure disciplinaire, et plus généralement du fonctionnement de l'Ordre, apparaît clairement dans l'avis du Conseil national. La proposition exprime une volonté d'un fonctionnement globalement plus transparent, passant notamment par une meilleure information du médecin et des citoyens quant aux activités et décisions de l'Ordre des médecins.¹⁰²

Les cinq pistes de solution se rapportant à cette limite apparaissent dans le texte de proposition.

En effet, est premièrement envisagée une communication de la décision disciplinaire au plaignant au premier alinéa de l'article 22, §5 de la proposition.¹⁰³ Au même endroit, il est précisé que cette communication se ferait en prenant compte du respect de la vie privée et du secret professionnel.

Deuxièmement, il est question à l'article 19, §2, de convoquer le plaignant et de l'informer quant à la date et le lieu de l'audience, non seulement en cas d'appel, mais aussi en premier degré d'instance.¹⁰⁴

Troisièmement, est prévu l'élaboration par le Conseil national d'un répertoire des décisions disciplinaires non susceptible de recours rendues par les conseils disciplinaires de première instance et les conseils d'appel.¹⁰⁵ Ce répertoire ferait office de publication d'un résumé des sentences. L'article 15, §2, 3° du texte précise que c'est le Conseil national qui déciderait des

¹⁰⁰ *Ibid.*, p. 17 et 33.

¹⁰¹ *Ibid.*, p. 33.

¹⁰² *Ibid.*, pp. 3 et 5.

¹⁰³ *Ibid.*, p. 37.

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 34.

¹⁰⁵ *Ibid.*, pp. 6, 14 et 30.

règles d'accès à ce répertoire et que les décisions reprises y seraient « anonymisées ».¹⁰⁶

Quatrièmement, les audiences seraient, en principe, publiques¹⁰⁷, ce qui sous-entend une implication du plaignant dans la procédure disciplinaire. Il n'est pas prévu que le plaignant soit plaignant à la cause. Cela implique, d'une part, qu'il n'aurait pas accès au dossier disciplinaire et, d'autre part, qu'il ne disposerait pas d'un droit d'appel.¹⁰⁸ Il est néanmoins précisé, notamment au deuxième alinéa de l'article 22, §5, que le plaignant aurait la possibilité de faire des remarques aux présidents du Conseil national.¹⁰⁹ Ces derniers auront, quant à eux, le droit d'interjeter appel de la décision disciplinaire ou du classement d'une plainte.¹¹⁰ En outre, deux exceptions au principe d'audience publique sont prévues à l'article 22, §3.¹¹¹ Le huis clos peut, d'une part, être demandé par le médecin prévenu. D'autre part, le conseil peut prononcer le huis clos d'une partie ou pour la totalité de la procédure, dans certains cas : « *dans l'intérêt de la moralité, de l'ordre public ou du respect du secret médical, lorsque les intérêts des mineurs ou la protection de la vie privée l'exigent ou lorsque, dans des circonstances particulières, la publicité nuirait aux intérêts de la justice* »¹¹². Dans cette hypothèse, il est prévu que la présence du plaignant puisse être autorisée, mais seulement s'il est concerné.

Enfin, l'implication des organisations représentatives de patients est bel et bien envisagée.¹¹³ Cependant, la lecture du premier alinéa de l'article 16, §2¹¹⁴ permet de comprendre que l'implication envisagée n'aurait pas de lien direct avec la procédure disciplinaire. En effet, il est prévu de laisser participer aux réunions du Conseil national, deux représentants (un néerlandophone et un francophone), sur demande de leur part ou sur invitation du Conseil, et ce avec voix consultative. Or, les procédures disciplinaires se déroulent dans d'autres organes que le Conseil national.

C. Corporatisme

La limite du corporatisme n'est pas dénoncée en tant que telle dans la proposition.

Certains éléments proposés rejoignent néanmoins les pistes de solution visant à lutter

¹⁰⁶ *Ibid.*, p. 30.

¹⁰⁷ *Ibid.*, pp. 5, 17 et 36.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 6.

¹⁰⁹ *Ibid.*, p. 37.

¹¹⁰ *Ibid.*, p. 6.

¹¹¹ *Ibid.*, pp. 18 et 36.

¹¹² *Ibid.*, p. 36.

¹¹³ *Ibid.*, pp. 15 et 32.

¹¹⁴ *Ibid.*, p. 32.

contre le corporatisme souligné dans les résultats.

Pour commencer, une forme d'implication du plaignant est envisagée. En outre, on constate une tentative d'implication des organisations représentatives des patients apparaît. Pour ces deux éléments, je renvoie aux développements du point B de ce paragraphe : « *Manque de transparence* ».

Ensuite, deux passages de l'exposé des motifs sont en lien avec la piste de solution de l'interdisciplinarité. Le premier passage insiste sur l'importance de l'adaptation du cadre déontologique à la nature interdisciplinaire de la dispensation des soins de santé.¹¹⁵ Le deuxième passage prévoit que le Conseil national, avant de rendre un avis, organise une concertation interdisciplinaire avec les professionnels concernés au sein du secteur des soins de santé.¹¹⁶ A cet égard, il faut rappeler que la fonction d'avis du Conseil national n'est en réalité pas, en tant que telle, en lien avec la procédure disciplinaire. Par ailleurs, en dehors de l'exposé des motifs, cette idée d'interdisciplinarité n'apparaît pas dans la proposition de loi ou le commentaire de ses articles.

Par contre, la piste de solution consistant à professionnaliser l'Ordre n'apparaît pas dans le texte de la proposition.

Par ailleurs, l'exposé des motifs dit qu'un nouveau Code de déontologie médicale sera rédigé. L'objectif décrit est celui d'un fondement légal des règles déontologiques établi dans une perspective qui ne repose plus uniquement « sur le respect de l'honneur et la dignité de la profession » au sens large.¹¹⁷ Ce nouveau Code de déontologie a bel et bien été rédigé en 2018 par le Conseil national.¹¹⁸ Ce dernier a opté pour un modèle de Code axé sur les principales lignes directrices de l'exercice de la profession de médecin, qui laisse une marge d'appréciation pour les juges disciplinaires. Il ne s'agit donc pas d'un Code de déontologie détaillé, reprenant l'ensemble des manquements déontologiques imaginables.

La proposition de loi développe deux éléments qui peuvent être considérés comme des pistes de solution nouvelles, non abordées dans les résultats de l'étude.

¹¹⁵ *Ibid.*, p. 1.

¹¹⁶ *Ibid.*, p. 4.

¹¹⁷ *Ibid.*, pp. 2-3.

¹¹⁸ Code de déontologie 2018 (version commentée), <https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/CodeCom-2.pdf> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

La modernisation des organes constitue la première idée novatrice de la proposition.¹¹⁹ L'objectif de modernisation se décline en deux temps. Dans un premier temps, il s'agit de viser une composition « plus jeune » des organes. Pour ce faire, il est prévu que les médecins puissent être éligibles à un mandat de conseiller déjà trois ans après leur inscription au tableau de l'Ordre, et non plus dix ans comme auparavant.¹²⁰ Dans un second temps, il s'agit d'éviter que les mêmes membres siègent de manière répétée dans un même organe. A cette fin, il est proposé que la durée totale de l'exercice de plusieurs mandats d'un membre au sein d'un même organe ne puisse pas dépasser douze ans.¹²¹ Cela revient à interdire l'exercice de plus de deux mandats successifs.¹²² Cela permettrait de contrer la redondance dénoncée pour ce qui est de la composition des organes de l'Ordre.

La deuxième idée novatrice est d'impliquer plus de magistrats au niveau de la procédure. Dans les résultats, l'apport positif de la présence d'un magistrat au cours des différentes étapes de la procédure disciplinaire avait déjà été souligné. Dans le texte de la proposition, il est question de nommer non plus un seul, mais bien trois magistrats au sein de chaque conseil provincial.¹²³ L'intérêt de leur présence est de constituer une garantie pour le bon fonctionnement régulier et juridique des conseils provinciaux.¹²⁴ Néanmoins, et de manière plus indirecte avec la procédure disciplinaire, il est prévu que la présidence du Conseil national de l'Ordre soit exercée non plus par un magistrat, mais bien par deux médecins.¹²⁵ Certains avantages et désavantages de ce type de présidence ont été présentés dans les résultats.

D. Manque de sévérité des sanctions

L'avis ne dénonce pas le manque de sévérité des sanctions disciplinaires. Pourtant, certains éléments du texte rejoignent une piste de solution qui avait été dégagée dans les résultats pour cette limite. Effectivement, la proposition envisage un nouveau système de sanction. Par contre, rien n'est dit à propos de l'instauration d'un catalogue d'infractions exhaustif ou d'une fourchette de sanctions. Le nouveau système prévoit des modalités relatives aux sanctions disciplinaires, telles que le sursis de l'exécution de la peine, la suspension du

¹¹⁹ Avis du CN du 17 septembre 2016 sur la réforme de l'Ordre des médecins, *op.cit.*, p. 3.

¹²⁰ *Ibid.*, pp. 3, 7 et 23.

¹²¹ *Ibid.*, p. 3.

¹²² *Ibid.*, pp. 21 et 41.

¹²³ *Ibid.*, pp. 11 et 26.

¹²⁴ *Ibid.*, p. 11.

¹²⁵ *Ibid.*, p. 32.

prononcé de la peine, l'effacement des sanctions et la réhabilitation.¹²⁶

La proposition de la loi apporte deux éléments nouveaux qui ne ressortent pas des résultats.

Le premier élément novateur est un délai de prescription. L'article 24 de la proposition est explicite. Les poursuites disciplinaires ne peuvent, d'une part, se rapporter qu'aux faits produits ou constatés dans un délai de maximum deux ans avant l'introduction d'une plainte ou d'une requête et, d'autre part, être engagées valablement que dans un délai de maximum deux ans suivant la prise de connaissance des faits par l'Ordre.¹²⁷

Les mesures urgentes sont le deuxième élément novateur. Le chapitre IX de la proposition leur est entièrement consacré.¹²⁸ En fait, il s'agit d'une possibilité pour le conseil provincial de suspendre de manière provisoire, pour une période d'un mois maximum, l'inscription d'un médecin, ou de la maintenir sous conditions. Cette possibilité ne s'envisage qu'à la condition que « *des indices sérieux et concordants font apparaître que la poursuite de l'exercice de sa profession par un médecin risque d'avoir des conséquences graves pour les patients ou la santé publique.* »¹²⁹. Le texte précise que les droits de la défense du médecin prévenu doivent être respectés, que la mesure peut être levée dans certaines circonstances, et qu'un droit d'appel existe dans le chef du médecin concerné et des deux présidents du Conseil national.¹³⁰

Enfin, il est toujours prévu qu'un médecin radié puisse demandé à être réinscrit au tableau de l'Ordre deux ans après la décision de radiation.¹³¹

E. Volume de plaintes trop important

Encore une fois, le texte ne dit pas explicitement que le volume des plaintes est excessif.

Par-contre, le texte met plusieurs fois en avant l'importance de la dimension préventive. Sur ce point, il rejoint les pistes de solutions se rapportant au volume de plaintes trop important présentées dans les résultats. En effet, l'importance de la prévention aux manquements

¹²⁶ *Ibid.*, pp. 6, 20 et 38.

¹²⁷ *Ibid.*, p. 37.

¹²⁸ *Ibid.*, pp. 39-41.

¹²⁹ *Ibid.*, pp. 20 et 39.

¹³⁰ *Ibid.*, pp. 32 et 39-41.

¹³¹ *Ibid.*, p. 39.

déontologiques est soulignée dans le texte.¹³² La prévention se concrétiserait surtout au niveau des conseils provinciaux, mais aussi à celui du Conseil national. En ce qui concerne les conseils provinciaux, il est prévu qu'ils offrent des services d'accompagnement, d'orientation et d'assistance aux professionnels médecins. Cela se concrétiserait notamment par l'organisation de formations proactives et préventives, sur les thèmes de la déontologie, du droit et de l'éthique médicale, visant à renforcer les connaissances déontologiques des médecins.¹³³ Au niveau du Conseil national, on retrouverait également la mission d'organiser le même type de formations.¹³⁴

F. Manque d'application de la médiation

Si le Conseil national ne parle pas explicitement d'un manque d'application de la médiation dans la proposition de loi, il pousse tout de même à accentuer le recours à celle-ci. Effectivement, la proposition indique que la gestion amiable des conflits doit être prioritaire par rapport à la procédure disciplinaire au sens strict¹³⁵.¹³⁶ D'ailleurs, les termes employés sont révélateurs : « *Mettre l'accent sur la médiation est primordial* »¹³⁷. Dans cette optique, le recours à la médiation est envisagé au sein des conseils provinciaux, en tant que « phase préliminaire », intervenant directement après l'introduction d'une plainte.¹³⁸ Par ailleurs, la médiation aurait lieu en tout état de cause, nonobstant la qualité de dépositaire de la plainte (médecin, patient, institution, association, ...).¹³⁹

Concernant l'organisation concrète de la médiation, il s'agirait pour les conseils provinciaux de procéder à un choix. Soit un conseil provincial choisit d'organiser lui-même ce service de médiation, en mettant sur pieds une commission de médiation composée de deux membres du conseil. Ces conseillers travailleraient alors en toute indépendance. C'est-à-dire qu'en cas de non aboutissement de la médiation, ils s'écarteraient dans le cadre de la suite de la procédure disciplinaire au sens strict. Soit un conseil provincial choisit de faire appel à un médiateur externe « indépendant-agréé ». Cette dernière option pourrait être demandée par les parties ou par la commission de médiation si elle existe.¹⁴⁰

On constate, finalement, que la proposition de loi envisage deux des pistes de solution

¹³² *Ibid.*, p. 5.

¹³³ *Ibid.*, pp. 9 et 25.

¹³⁴ *Ibid.*, pp. 15 et 30.

¹³⁵ La procédure disciplinaire au sens strict reprend les phases d'instruction et de jugement.

¹³⁶ Avis du CN du 17 septembre 2016 sur la réforme de l'Ordre des médecins, *op.cit.*, pp. 5 et 9.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 16.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 33.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 9.

¹⁴⁰ *Ibid.*, pp. 9 et 33.

développées dans les résultats : l'augmentation du recours à la médiation et la présence d'un médecin formé à la médiation dans les conseils provinciaux. Par-contre, elle ne parle pas de la création d'une structure de médiation indépendante à l'Ordre des médecins.

G. Manque de « séparation des pouvoirs ».

L'exposé des motifs aborde la problématique de la séparation des pouvoirs. A cet égard, le texte de la proposition reprend deux pistes de solutions dégagées dans les résultats de l'étude.

Premièrement, le texte conçoit explicitement la création de deux conseils disciplinaires (respectivement de langue française et de langue néerlandaise), dans le but de garantir une stricte séparation entre l'instruction et la décision disciplinaire. L'idée est de séparer les phases d'instruction et de jugement, qui ont actuellement lieu au sein d'un même conseil provincial. Les conseils provinciaux resteraient compétents pour exercer la phase d'instruction, et les conseils disciplinaires, quant à eux, seraient compétents pour la phase de jugement. Cette séparation permettrait de garantir l'impartialité des membres intervenant dans la procédure disciplinaire au sens strict. En outre, cela permettrait de tendre vers plus d'uniformité de jurisprudence disciplinaire.¹⁴¹

Deuxièmement, les missions des différents organes ont bien été revues et précisées, conformément à la piste de solution dégagée. A chaque organe, seraient dévolus différents types de missions, certaines étant innovantes par rapport au fonctionnement actuel de l'Ordre. Pour commencer, les attributions des conseils provinciaux sont décrites à l'article 8 de la proposition¹⁴². On retrouve notamment une nouvelle catégorie de missions visant au respect des règles déontologiques. Il s'agirait plutôt d'un service d'accompagnement, d'orientation et d'assistance des médecins. Ce service se décline en trois missions : (1) émission, sur demande d'un médecin ou d'un tiers, d'avis en rapport avec la déontologie médicale, et dont les réponses trouvent leur source dans le Code de déontologie médicale ou les avis du Conseil national, (2) organisation de formations et (3) organisation de médiation.¹⁴³ Par ailleurs, la mission disciplinaire actuelle des conseils provinciaux est reprise, mais de manière fortement limitée. Effectivement, « *elle se limite à l'ouverture d'une instruction disciplinaire, menée par une commission d'instruction, et à la prise de la décision de renvoi, soit de classement de l'affaire,*

¹⁴¹ *Ibid.*, p. 5.

¹⁴² *Ibid.*, p. 25.

¹⁴³ *Ibid.*, pp. 9 et 25.

*soit de demande d'une enquête complémentaire, soit du renvoi de l'affaire devant le conseil disciplinaire de première instance.»*¹⁴⁴. Il est précisé, à des fins de garantie d'impartialité, que les membres de la commission d'instruction ne participeraient pas à la décision du conseil provincial quant au renvoi éventuel de l'affaire devant le conseil disciplinaire compétent.¹⁴⁵

Ensuite, ce sont les conseils disciplinaires qui prendraient le relais dans la procédure disciplinaire. En effet, ils seraient compétents pour statuer, en premier degré d'instance, sur le fond des affaires disciplinaires que les conseils provinciaux de leur régime linguistique leur renverraient.¹⁴⁶

Dans le même ordre d'idée, les conseils d'appel statueraient, en degré d'appel, sur le fond des affaires disciplinaires.¹⁴⁷ Cet élément n'est pas innovant par rapport au système actuellement en place.

Pour terminer, le Conseil national serait toujours compétent pour rendre des avis, que ce soit ciblé sur une demande spéciale, ou pour informer le public, de manière générale, sur la déontologie médicale. Il serait, en outre, compétent pour établir un répertoire anonyme de ses propres avis de ceux rendus par les conseils provinciaux. En plus, il aurait également la mission d'organiser des formations.¹⁴⁸

Ainsi, on peut constater que, même si la procédure disciplinaire reste d'application, des nouvelles missions sont envisagées, et ce plutôt dans une optique de déontologie positive. Il faut aussi remarquer que, contrairement à ce que supposerait une séparation totale des pouvoirs, des missions d'avis et disciplinaires sont exercées conjointement dans les conseils provinciaux.

Par contre, certaines pistes de solution n'apparaissent pas du tout dans le texte. Notamment, n'est pas conçu de rendre la phase de médiation exonératoire de la procédure disciplinaire. N'est pas non plus envisagé l'établissement d'un cadre de droit objectif entourant la rédaction du Code de déontologie médicale par le Conseil national.¹⁴⁹ Pour finir, et comme déjà mentionné dans le point précédent « *Manque d'application de la médiation* », il n'est pas prévu de créer une structure de médiation indépendante de l'Ordre.

H. Divers

Dans ce point, je rassemble les éléments de la proposition de loi, en lien avec la

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 10.

¹⁴⁵ *Ibid.*, p. 34.

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 12.

¹⁴⁷ *Ibid.*, pp. 28-29.

¹⁴⁸ *Ibid.*, pp. 3, 14 et 30.

¹⁴⁹ *Ibid.*, p. 14.

procédure disciplinaire, qui n'apparaissent pas dans les résultats de l'étude de terrain.

A mon sens, une seule grande idée n'apparaît pas en tant que telle dans les résultats de l'enquête. Il s'agit du renforcement de la place du médecin dans la procédure disciplinaire. La proposition envisage de lui offrir de nouvelles garanties procédurales, telles que la possibilité, à tous les stades de la procédure, de se faire assister par un avocat ou une personne de son choix. Ou encore, de pouvoir, par exemple, choisir ses moyens de défense, faire face au plaignant.¹⁵⁰

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 6.

Conclusion

Ce travail trouve sa genèse dans le constat d'ancienneté du cadre juridique relatif à la procédure disciplinaire des médecins. La question de recherche qui en résulte était la suivante : « la procédure disciplinaire en vigueur pour les médecins a-t-elle atteint ses limites ? ». Les recherches et analyses que j'ai réalisées m'ont permis de dégager des éléments de réponse.

Les résultats de la recherche de littérature et de l'étude qualitative permettent d'aboutir à une même conclusion : la procédure disciplinaire des médecins, telle qu'applicable aujourd'hui, a bel et bien atteint ses limites. La lecture seule de l'avis du Conseil national de l'Ordre des médecins¹⁵¹ aurait pu suffire à établir la base de cette réponse. En effet, même si les limites de la procédure disciplinaire ne sont pas citées en tant que telles, le nombre élevé de changements envisagés dans la proposition est révélateur des lacunes de la procédure actuelle. On peut en déduire que même si les limites n'apparaissent pas noir sur blanc dans le texte, elles ont tout de même été prises en compte, de manière implicite. Ce constat se voit néanmoins renforcé par les résultats de l'étude qualitative, qui ont permis de cibler, plus précisément et plus synthétiquement, les limites de la procédure. Ce sont, au total, six catégories de limites qui ressortent de l'étude. Elles sont présentées dans la Figure 1, et permettent de confirmer l'idée que la procédure disciplinaire actuelle est dépassée.

Dans la logique des choses, ces résultats étaient quelque peu attendus. On aurait effectivement difficilement imaginé qu'un arrêté royal, aussi ancien, convienne encore aujourd'hui. La société évolue et les mentalités aussi. C'est pour cela que le droit doit s'adapter, et être constamment revu, au fil des années, pour répondre notamment aux nouveaux principes généraux, ou aux nouvelles exigences européennes et internationales.

S'il est certain que la procédure a atteint ses limites aujourd'hui, il ressort également, des recherches, que des pistes de solution existent. Les résultats de l'étude qualitative font d'ailleurs apparaître un nombre relativement important de pistes. Elles sont également présentées dans la Figure 1. Il est intéressant de constater que ces pistes ne sont pas toujours directement liées à la procédure disciplinaire, au sens strict. Des pistes de solution apparaissent aussi dans le texte de la proposition.

151

La mise en relation de la proposition de loi avec les résultats de l'étude permet de constater que l'ensemble des pistes de solution dégagées dans ma recherche ne sont pas toutes reprises dans le texte de la proposition. Il faut néanmoins se rendre compte qu'il ne s'agit pas nécessairement d'une faiblesse. Cela s'explique d'abord par le fait que certaines solutions ne soient pas envisageables à cause des problèmes sous-jacents qu'elles induisent. A cet égard, les questionnements et problèmes sous-jacents aux pistes de solution sont présentés dans la Figure 2. Cela s'explique aussi par l'incompatibilité de certaines solutions entre elles.

Il a donc fallu faire des choix. Et ce sont ces choix pour lesquels le Conseil national de l'Ordre des médecins a optés qui apparaissent dans sa proposition. Le travail effectué par le Conseil est remarquable, de par la combinaison d'une majorité des solutions présentées dans la Figure 1. Cela n'était pas gagné d'avance, car modifier un élément d'un système a souvent pour conséquence d'impacter d'autres éléments qui y sont liés. En fait, il faut bien percevoir qu'il n'est pas aisé de conserver un système globalement cohérent en procédant à des modifications ponctuelles. Pour en revenir à la proposition de loi, il faut souligner sa cohérence globale, malgré la quantité assez conséquente d'évolutions apportées. En outre, en plus des choix effectués, le Conseil a proposé une piste d'évolution de la procédure disciplinaire n'apparaissant pas dans les résultats de l'étude.

A mon sens, le texte de la proposition est une bonne base pour procéder à une réforme de la procédure disciplinaire des médecins, et plus généralement, de l'Ordre des médecins dans son intégralité. Cependant, depuis l'émission de l'avis du Conseil national contenant le texte, en 2016, aucune réforme n'a encore eu lieu. Les blocages sont d'ordre politique. Cela s'explique, d'abord, par le fait que le nouveau texte proposé par le Conseil national de l'Ordre doit être entériné par une majorité politique, et que les différents partis des majorités successives ne sont pas arrivés à se mettre d'accord jusqu'ici. Cela peut aussi s'expliquer par le fait qu'aucun Ministre de la Santé ne prenne la responsabilité de procéder effectivement à une réforme aussi substantielle. Enfin, la réforme de l'Ordre n'est peut-être pas une priorité dans l'agenda politique.

D'un point de vue un peu plus critique, des réserves quant au contenu de la proposition peuvent être émises. J'en relève notamment une, concernant la présidence du Conseil national qui serait assurée par deux médecins, et non plus par un seul magistrat. Au vu, des débats sur les avantages et les inconvénients, et des avis divergents en faveur de l'une ou l'autre des solutions,

on peut se demander pourquoi un compromis n'a pas été envisagé. On aurait pu réfléchir à une présidence double, certes, mais alliant un président magistrat et un président médecin. Ainsi, on tirerait les avantages des deux types compétences.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai limité la mise en relation des résultats de l'étude et de la recherche théorique (*voy. Chapitre 4.*), à la comparaison des limites et des pistes de solution. Malgré avoir brièvement relevé les différents problèmes et questionnements sous-jacents aux solutions dans les résultats (*voy. Figure 2*), je n'ai pas procédé à plus de développement les concernant. Pour aller plus loin dans les réflexions, il serait intéressant de procéder à leur examen plus approfondi et à une mise en relation avec la proposition de texte du Conseil national.

En outre, dans l'optique d'une réforme de l'Ordre des médecin et de la procédure disciplinaire, il serait intéressant de procéder à une étude comparative de l'organisation et du fonctionnement des ordres professionnels qui ont déjà évolué à la suite d'une réforme. Ainsi, se dégageraient peut-être de nouvelles pistes de solution. Il se pourrait aussi que la proposition du Conseil national se soit déjà basée sur les voies choisies par les ordres réformés. Dans cette même optique, une autre étude comparative pourrait être réalisée, afin d'examiner la situation dans d'autres pays quant à l'organisation et au fonctionnement des ordres professionnels.

Bibliographie

Législation

- Constitution, art. 149 et 159.
- Code judiciaire, art. 2, 17, 417 et 477.
- Loi du 25 juillet 1938 créant l'Ordre des médecins, *M.B.*, 13 août 1938.
- Loi du 12 février 2003 modifiant le Code d'instruction criminelle en ce qui concerne le défaut et abrogeant l'article 421 du même Code, *M.B.*, 28 mars 2003, p. 15912.
- A.R. n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11894.
- A.R. du 6 février 1970 réglant l'organisation et le fonctionnement des conseils de l'Ordre des médecins, *M.B.*, 14 février 1970, p. 1506.
- Proposition de loi portant la création d'un Conseil supérieur de déontologie des professions des soins de santé, fixant les principes généraux pour la création et le fonctionnement des Ordres des professions des soins de santé, et portant création d'un Ordre des médecins, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2014-2015, n°54-0634/001.
- Proposition de loi supprimant l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens et portant création d'un Conseil supérieur de déontologie des professions des soins de santé, *Doc. parl.*, Ch. repr., sess. ord. 2014-2015, n°54-1443/001.
- Résolution du Parlement européen du 16 décembre 2003 sur l'Organisation de marchés et règles de concurrence pour les professions libérales, P5 TAPROV(2003)0572.

Doctrine

- Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 15 janvier 2005 sur le point de vue du Conseil national concernant des propositions de réforme de l'ordre des médecins, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/ordre-des-medecins-organisation-et-fonctionnement-de-l/point-de-vue-du-conseil-national-concernant-des-propositions-de-reforme-de-l-ordre-des-medecins>, (date de dernière consultation : 5 mai 2021).

- Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 17 septembre 2016 sur la réforme de l'Ordre des médecins – Proposition de loi faite par le Conseil national de l'Ordre des médecins, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/discipline/reforme-de-l-ordre-des-medecins-proposition-de-loi-faite-par-le-conseil-national-de-l-ordre-des-medecins-17-septembre-2016> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).
- Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 4 juillet 2015 sur la réforme de l'Ordre des médecins – Note d'orientation, <https://ordomedic.be/fr/avis/deontologie/tableau-de-lordre/reforme-de-l-ordre-des-medecins-note-d-orientation> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).
- BLAIS M. et MARTINEAU S., « L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes », in *Recherches qualitatives*. Vol.26(2), 2006, pp. 1-18.
- CAMBIER C., *Précis de droit administratif*, Bruxelles, Larcier, 1968.
- CEDIP, « Les principaux biais à connaître en matière de recueil d'information », *Les fiches en lignes de La lettre du CEDIP*, Fiche n°62, Avril 2014, http://www.cedip.developpement-durable.gouv.fr/IMG/pdf/Fiche_62_cle581f59.pdf (date de dernière consultation : 5 mai 2021).
- Code de déontologie 2018 (version commentée), <https://ordomedic.be/uploads/generalUploads/CodeCom-2.pdf> (date de dernière consultation : 5 mai 2021).
- DEJEMEPPE B., « 9 - Droit disciplinaire et droit commun. Quelques considérations sur la place de la victime dans la procédure disciplinaire applicable aux médecins » in *Actualités de droit pénal* (sous la direction de F. KÉFER ET A. MASSET), 1^e édition, Bruxelles, Larcier, 2015, pp. 191-202.
- DU JARDIN J., « Principes généraux », in *Le droit disciplinaire des ordres professionnels* (sous la dir. de P. CORVILAIN), Bruxelles, Larcier, 2004/11, pp. 5-32.
- DU JARDIN J., « Le contrôle de légalité exercé par la Cour de Cassation sur la justice disciplinaire au sein des ordres professionnels », *J.T.*, 2000, pp. 625-645.
- FONTAINE R., « L'Ordre des médecins : Thémis, Esculape, Hippocrate et les autres... », in *Le droit disciplinaire*, Liège, Anthemis, 15 mai 2009, pp. 111-126.
- GÉNICOT G., « Section 8 – Déontologie », in *Droit médical et biomédical*, 2^{ème} édition, Bruxelles, Larcier, 2016, pp. 95-102.

- HOLSTER D. et FONTEYN D., « L'Ordre des médecins et la procédure disciplinaire », *in Le droit disciplinaire des ordres professionnels* (sous la dir. de P. CORVILAIN), CUP, Bruxelles, Larcier, 2004/11, vol. 74, pp. 87-121.
- MAYS M. et POPE C., « Qualitive research in health care. Assessing quality in qualitative research », *B.M.J.*, Janvier 2000, pp. 50-52.
- PAILLÉ P. et MUCCHIELLI A., *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*, Paris, Armand Colin, 2003.
- SIFER-RIVIÈRE L., « Chapitre 4. Enquêter par entretien : se saisir du discours et de l'expérience des personnes », *in Les recherches qualitatives en santé.*, Armand Colin, « U », 2016, pp. 86-101.
- THIRY E., « Procédures disciplinaire et administrative », *in Actualités de droit médical*, Bruxelles, Bruylant, 2006, pp. 3-49.

Jurisprudence

- Cass., 9 mars 1971, *Pas.*, 1971, I, p. 623 ; 26 septembre 1986, *Pas.*, 1987, I, p. 114, *R.W.*, 1986-1987, p. 1967.
- Cass., 26 novembre 1993, *Pas.*, 1993, n°489.
- Cass., 25 février 1999, *Pas.*, n°117 ; Cass., 9 décembre 1994, *Pas.*, 1994, n°547.
- Cass., 16 février 1995, *Pas.*, 1995, n°95.
- Cass., 2 décembre 1993, *Pas.*, 1993, I, p.1023, *J.L.M.B.*, 1994, p. 293, *R.W.*, 1994-1995, p. 99.
- Cass., 25 novembre 1994, *Pas.*, 1994, I, p. 1014, *R.W.*, 1994-1995, p. 1303.
- Cass., 25 février 1999, *Pas.*, 1999, n°117.
- Cass. 20 décembre 2001, *Pas.*, 2001, n°717.

Annexes

Annexe 1. Mots clés et filtres utilisés pour la recherche de littérature.

a) Libellule UCL

Recherche simple par mots-clés.

Mots-clés : *droit disciplinaire – procédure disciplinaire - responsabilité médecins – responsabilité professionnels*

Filtre appliqué : aucun.

b) Stradalex

Recherche simple par mot-clé.

Mot-clé : *disciplinaire médecins.*

Filtre appliqué : « Type → doctrine ».

Annexe 2. Questionnaire semi-directifs.

Introduction - Modalités pratiques

L'interview durera environs 45 minutes.

Enregistrement de la réunion si accord.

Anonyme.

Questions d'abord ciblées sur la procédure disciplinaire puis plus largement sur l'Ordre des médecins.

Partie 1 - La procédure disciplinaire

Proposition de loi faite par le conseil national de l'Ordre des médecins (17 septembre 2016) - dimension procédurale :

- a. Gestion amiable des conflits – Conciliation/médiation
 - b. Séparation stricte entre instruction et décision disciplinaire
 - c. Transparence et accessibilité
 - d. Position du plaignant renforcée mais plaignant non partie à la cause
 - e. Position du médecin renforcée
 - f. Modalités des sanctions + suspension du prononcé/effacement/réhabilitation
 - g. Mesures urgentes
- Avis général ?
 - Conciliation/médiation : quel est l'état des lieux aujourd'hui ?
 - Création d'un conseil disciplinaire de première instance fr/nl pour prise de décision est envisagée. Qu'en pensez-vous ?
 - Que pensez-vous du devoir de collaboration ? Est-ce compatible avec le caractère public des audiences et la communication de la décisions au plaignant ?
 - Que pensez-vous d'une position du plaignant renforcée ? Notamment avec communication de la décision.
 - Avez-vous pensé à d'autres points de réforme concernant la procédure disciplinaire ? Exemple : droit d'appel pour le plaignant ?

Partie 2 – L'Ordre des médecins

- Quels sont les obstacles à la réforme de l'Ordre des médecins ?
- Suppression des conseils provinciaux avait été envisagée par la précédente ministre de la santé Maggie De Block. Qu'en pensez-vous ?
- Dans des discours politiques plus anciens, il a été envisagé de supprimer l'Ordre des médecins et l'Ordre des pharmaciens pour créer un Conseil supérieur de déontologie des professions des soins de santé. Qu'en pensez-vous ?
- Proposition de loi de 2016 : idée de concertations pluri et interdisciplinaires avec les personnes concernées au sein du secteur des soins de santé. Que pensez-vous de cette dimension interdisciplinaire ?
- Que pensez-vous du Nouveau Code de déontologie de 2018 ?
- Que pensez-vous d'un éventuel catalogue des infractions correspondant à des sanctions ?
- Distinction infractions graves/mineures ?

Partie 3 – Généralités

- « Judicialisation de la procédure disciplinaire ». Que cette expression vous inspire-t-elle ?
- Peut-on dire qu'il y a une augmentation du contentieux disciplinaire ?
- Que pensez-vous d'une uniformisation des procédures disciplinaires ?

Partie 4 – Sources

- Pourriez-vous me conseiller des sources, des lectures ?

Annexe 3. Retranscription d'un entretien.

➤ **Proposition de loi pour réformer l'ordre des médecins en 2016, en avez-vous entendu parler ?**

Il y en a tous les ans hein. Elle a été largement reprise d'une antérieure, si je me souviens bien, qui avait à chopper sur la problématique de l'inscription des médecins dans les communes à facilité, on ne peut pas dire qu'on avance dans ce pays mais bon soit. Oui je vois.

➤ **Que pensez-vous d'instaurer plus de conciliation/médiation dans le cadre de la procédure disciplinaire ?**

Bah c'est déjà dedans en fait si on regarde le texte, l'hypothèse d'une médiation est déjà reprise dedans. La difficulté est d'être à la fois médiateur et après la personne qui juge, là il y a un problème. L'hypothèse de prévoir la médiation est tout à fait sympathique, mais si on veut séparer les phases d'instruction, de jugement et de médiation, on ne peut pas être médiateur et instructeur, on ne peut pas être médiateur et juge, bah il faut assumer les conséquences : il faut mettre 50 personnes dans un conseil, et c'est là où on ne s'en sort pas. Sachant par ailleurs que la difficulté du conseil c'est qu'il a une autre mission qui est me semble-t-il fondamentale, sinon beaucoup plus fondamentale, qui est celle d'être une instance d'avis. Elle oriente en fait la profession, elle calque les standards de qualité. C'est l'avantage d'une justice de pairs, elle fixe les standards de qualité aux termes d'avis. Alors on y voit des formes d'obligations déontologiques, ce qui est une erreur fondamentale puisque fixer des standards ou fixer un minimum ce sont des choses très différentes. Voilà, il y a quelque chose de très paradoxal à critiquer l'ordre mais à vouloir en même temps qu'il supporte toutes les casquettes.

➤ **Pour vous c'est idéaliste mais peu concrétisable dans les faits ?**

Pour moi c'est idéaliste mais peu concrétisable dans les faits, en tout cas si on veut continuer à voir les ordres avoir une fonction disciplinaire pure, une fonction de sanction. Ce qui n'est pas acquis hein ! Ce n'est pas du tout une obligation en tant que telle. Si on regarde du côté du barreau par exemple, donc chez les avocats, on a une enquête qui est faite du côté du bâtonnier, c'est déjà limite mais c'est mon avis, puis c'est transférer à une chambre X, qui est l'antichambre du barreau certes, mais voilà. C'est un choix d'opportunité à poser, qui est un choix avant tout politique.

➤ **Selon vous, faudrait-il arrêter ce système de sanction et s'orienter plutôt vers de la prévention ?**

Moi je crois qu'il faut réfléchir effectivement au fait de laisser la sanction dans les organes disciplinaires comme ils sont organisés aujourd'hui. Parce qu'on a deux difficultés : celle de la séparation de la phase d'instruction et de jugement, et le fait qu'on n'arrive pas à séparer cette fonction avis vs justice. Si on avait uniquement cette fonction d'avis, on aurait beaucoup plus de facilité de recourir à la médiation.

Sachant par ailleurs que l'arsenal juridique qu'on a contre un médecin, c'est assez impressionnant par rapport au reste hein. Un médecin, on le poursuit au civil, au pénal parce que tout ce qu'il fait ce sont des coups et blessures, on le poursuit au social, car il ne faut jamais oublier que ce qu'il fait, et c'est un des gros, gros pans, c'est remboursé par la sécurité sociale, et donc ce qu'il fait est scruté par l'INAMI. Elle est assez capitale cette dimension-là parce qu'un médecin, dans la jurisprudence INAMI, ne peut pas se fonder sur des théories comme la théorie de l'organe par exemple, pour se cacher derrière une société ou quoique ce soit, il est vraiment en première ligne. Il y a sa responsabilité pour tous les hospitaliers au sein de l'hôpital, parce qu'à l'hôpital, il y a une discipline obligatoire par la loi sur les hôpitaux au sein de l'hôpital, 4^{ème} pan. 5^{ème} pan, on a le fonds sur les accidents médicaux. C'est quoi ce truc ? Ce n'est pas une dérogation au droit commun de la responsabilité civile, ce n'est pas une dérogation au droit commun de la responsabilité pénale. C'est on se dit : un patient, c'est la partie faible dans la relation médecin/patient, parce qu'il y a un type en face qui a dix ans d'études, désolé hein c'est comme ça, on ne va pas lui en vouloir, on est quand même content qu'il ait dix ans d'études, soit. Pour rééquilibrer le machin, c'est l'autorité publique qui instruit à sa charge, donc ce n'est même plus lui qui doit apporter la preuve dans les hypothèses, enfin donc on l'aide dans sa procédure pour arriver au bout de sa procédure. C'est ça l'objet d'un fond d'accidents médicaux, l'avancée est surtout au niveau procédural, dans l'équilibre des forces de la procédure.

Si on prend tout l'arsenal, on en a encore d'autre, si on rajoute au fait qu'il faudrait que le patient ou que le plaignant soit vraiment partie au disciplinaire, on se demande si on est encore dans une hypothèse de déséquilibre des forces en fait ? On présente toujours par la force des choses, la position du patient dans la sphère disciplinaire, mais il faut penser à la position du patient tout court. Il peut aller au disciplinaire, au civil, au pénal, à l'INAMI, au fond des accidents médicaux. C'est là-dedans qu'il faut repenser l'équilibre général.

➤ **Le disciplinaire devrait donc s'appréhender d'une manière plus large ?**

Il faut le voir d'une manière plus large, par rapport aux droits du patient. Quand on réfléchit aux droits du patient, on ne réfléchit pas aux droits du patient au disciplinaire, au civil ou au pénal. Si le législateur n'a pas décidé de sanctionner la loi sur les droits du patient, hein il n'y a pas de sanction là-dedans, c'est une charte en gros cette loi. Bah il faut aller voir le législateur, ce n'est pas l'Ordre qui est responsable de ça.

Si on réfléchit, si on prend un peu de hauteur. Prenons l'arsenal global, est-ce qu'il est vraiment choquant qu'un patient, parmi tout le scope de choses qu'il peut engager, puisse avoir tel, tel ou tel angle d'approche pour assurer ses droits ? Et tel ou tel ou tel autre angle d'approche pour assurer les droits pour le futur des autres, des tiers ? Essayer de se dire ça, je ne veux pas rentrer dans une démarche égoïste, ce qui est fait est fait et je n'arriverai pas à le réparer, mais j'aimerais obtenir que ça ne se passe plus. Ou que ce mépris affiché par le médecin, que ça n'arrive plus et que des pairs le remettent sur le droit chemin pour que d'autres ne souffrent pas de l'expérience dont moi j'ai souffert. Est-ce que c'est choquant ? Moi je ne trouve pas. Ça le serait si ça me coupait de mes autres droits, mais est-ce vraiment le cas ? J'ai quelques doutes.

➤ **L'opinion publique a-t-elle un mauvais a priori à propos du disciplinaire ?**

L'opinion publique n'est pas nécessairement informée du contenu. Et tout ce qui n'est pas transparent, étalé, affiché, public, est soupçonné de fait de participer d'un système collusif, ou d'une corruption générale. C'est un phénomène de société pur.

Maintenant, est-ce que c'est normal le fait que le patient n'ait rien à dire dans la procédure disciplinaire ? Je ne sais pas. C'est une réflexion à avoir, et je ne serais pas choqué, loin de là, à ce qu'il y ait plus d'information. Mais alors il faut tirer les conséquences de ça, en termes de droits de l'homme et de procédure. Est-ce qu'on garde le devoir de sincérité, de collaboration ? Est-ce qu'on peut garder cette hypothèse, comme on l'a pour les avocats dans le code judiciaire, où tout ce qu'il apprend de l'enquête disciplinaire, il ne peut pas l'utiliser au civil et au pénal ? Donc on te dit « on te donne l'info, mais tu dois faire semblant que tu ne sais pas, oh pas vu ! ». Donc tout ça est d'une hypocrisie totale, il faut en assumer les conséquences.

➤ **Et le devoir de collaboration en lui-même, qu'en pensez-vous ?**

Pour moi c'est de la tarte à la crème le devoir de collaboration. On peut en parler longtemps... Oui vous aurez beaucoup de doctrine avec la tête penchée sur le côté, des bâtonniers qui s'épancheront très longtemps sur l'importance de la collaboration pour la dignité de la profession, bon... si un type ment il ment hein. Il ne va pas aller s'enfoncer pour la plaisir. Alors il y a une différence entre le devoir de collaboration, une subtile différence et le devoir

de sincérité, de loyauté, le droit au mensonge, à ne pas participer à sa propre incrimination. C'est tout un pan qu'on ouvre, il faudrait définir ce qu'est le devoir de collaboration, de sincérité, de loyauté. Parce que bon, on en parle beaucoup c'est sympa, et puis c'est quoi la base légale ? Ca se trouve où dans le texte de loi ? C'est où ça ?

➤ **Le peu de pouvoir d'instruction des conseils provinciaux se justifie-t-il par ce devoir de collaboration ?**

On prend les choses à l'envers, c'est-à-dire que personne n'a jamais pensé à leur donner plus de pouvoir d'instruction : des pouvoirs de policier ou des pouvoirs d'enquête poussés avec des inspecteurs, et pouvoir faire des saisies, débarquer à 8h du matin dans l'hôpital pour aller saisir le dossier etc. Personne n'a envisagé même ça. Et alors on dit : puisqu'ils n'ont pas ça, il y a le devoir de collaboration. Alors de 1, je n'y crois pas un instant. Ils n'ont pas ça et pourtant ça ment à tort de bras. Et si on ment, il s'en rend compte et s'il ne s'en rend pas compte, et bien tant pis. 2, conceptuellement même, on ne peut pas avoir une justice de pairs, c'est-à-dire moi j'ai un problème avec mon confrère : ce type avance comme un sagouin dans la défense des intérêts de son client, il ment et il y a un problème, je dois pouvoir aller voir l'instance ordinaire pour qu'elle dise « ça tu arrêtes tout de suite », pour l'intérêt du justiciable. Qui irait encore soumettre sa difficulté à l'instance ordinaire à laquelle il est soumis lui-même, si demain l'autorité peut arriver avec 5 flics, un combi, saisir tes comptes, ton ordinateur. Ca n'arrivera pas. Tout ça est extrêmement sympathique sur papier, tout ça est intéressant sur le débat ontologique du truc, c'est presque philosophique. Mais fondamentalement, il y a une erreur conceptuelle à penser ou à voir. C'est un choix : soit l'ordre est policier et alors droit au mensonge, pénal complet et le patient peut être au courant etc., il pourrait être amené à payer des dommages et intérêts etc., la totale. Et alors on se demande un peu à quoi ça sert à côté du civil et du pénal. Soit il y a un autre rôle. C'est un choix à poser, mais les deux ensemble ont un sens qui m'échappe un peu.

➤ **La manière dont ça fonctionne maintenant est-elle un bon compromis ?**

C'est pas nécessairement un bon compromis, parce que moi personnellement, alors je ne sais pas si ça va être repris ou quoi, mais je pense qu'on pourrait aller un peu plus loin, c'est-à-dire sortir le disciplinaire des ordres tels qu'ils sont organisés aujourd'hui. C'est-à-dire d'avoir une chambre éventuellement au niveau de la région francophone et de la région flamande, et une chambre de recours par exemple.

➤ **Sortir du provincial pour se diriger vers le régional ?**

Voilà, avec une compétence qui resterait au provincial qui resterait au provincial sur des questions de médiation, de conciliation, des devoirs d'enquête. Un peu comme ils l'ont fait au niveau du barreau.

Les conseils provinciaux ne sont sans doute pas très demandeurs de ça, parce qu'effectivement c'est vrai que de leur côté ils voient déontologie, conseil national, et nous alors c'est quoi si on n'est pas la discipline. Donc il faut en débattre, mais je pense que s'il y a une orientation à bouger, ce serait dans ce sens-là.

➤ **Et pourquoi garder la conciliation/médiation au niveau provincial ? Pour des questions de proximité ?**

Peu importe l'endroit où on l'organise. Que ce soit localement au niveau des provinces ou au niveau de la région ou que sais-je, c'est plutôt au niveau des fonctions qu'il faut réfléchir. Ce qui pourrait être envisagé, c'est de sortir une part du disciplinaire, ou en tout cas la phase du jugement du disciplinaire pour la remettre dans des chambres.

➤ **D'une telle manière, n'avez-vous pas peur de perdre la proximité dont se prévalent les conseils provinciaux ?**

De 1, ça c'est une question d'opportunité pure, c'est vraiment un choix. De 2, les bénéfices de la proximité sont-ils sur le jugement, sur la jurisprudence disciplinaire ? Ou plutôt au niveau de la médiation/conciliation, de l'enquête par rapport aux spécificités propres ? A mon avis, c'est plutôt le deuxième volet. Or ce deuxième volet resterait au niveau local.

L'organisation des gardes en est un exemple. Quelle est la force d'une autorité disciplinaire en matière de gardes ? Sa marge de manœuvre est très limitée, notamment pour des questions de droit de la concurrence. L'ordre des pharmaciens a été condamné à plusieurs reprises par l'autorité belge de la concurrence pour avoir imposé des sanctions disciplinaires sur des organisations de garde où on lui a dit « de quoi tu te mêles ». Bon, la force de frappe d'une autorité disciplinaire n'est pas complète, elle n'a pas une marge de manœuvre illimitée. Donc en termes de garde, la plus-value d'une autorité disciplinaire, c'est précisément la conciliation et le fait de mettre ensemble autour des tables.

➤ **Communication de la décision disciplinaire au plaignant, bonne ou mauvaise idée ?**

C'est un choix. Si c'est communiqué comme pour les avocats, pour que le plaignant ne puisse

rien en faire, ça n'a rigoureusement aucun sens pour moi. Ca c'est de l'hypocrisie complète. Alors, aujourd'hui sur quoi on joue ? c'est dingue quoi. On a une disposition du code judiciaire qui empêche d'utiliser ce qu'on a appris dans l'enquête disciplinaire dans les matières pénales et civiles. Bon et qu'est-ce qu'on fait alors ? on le met dans les conclusions, et puis on fait « oups, désolé, j'ai pas fait exprès, j'ai mis mais je ne pouvais pas » et quelle est la sanction ? zéro. Et aujourd'hui on a deux aspects qui rendent ça complètement inutile : (1) jurisprudence Antigone (si vous violez les règles de droit de la preuve en matière pénale, on enlève un peu de la force probante de la preuve mais le juge peut encore l'utiliser). Extrêmement intéressant, donc j'aimerais savoir ce que ça veut encore dire. (2) Toutes les lois pots-pourris (pas de nullité sans grief etc.). Donc finalement vous le mettez et c'est contraire à la loi, mais c'est quoi la conséquence ? Je ne la trouve pas.

On a fait plaisir au plaignant donc politiquement c'est super. Mais est-ce que juridiquement c'est intéressant ? Moi je pense que quand on dit à quelqu'un que même en justice de pairs, ce qui a été commis par son praticien est inacceptable, je pense que cette personne doit pouvoir l'utiliser au civil et au pénal si elle en est avisée. Qu'il y ait non seulement une utilité mais aussi une justice sociale. Si je subis une faute professionnelle, j'ai une autorité disciplinaire qui me donne raison. Je veux obtenir réparation de cette faute professionnelle derrière au civil ou au pénal, et on me dit : « Ha non, ce que les pairs ont décidé en fait, vous devez faire semblant que vous le savez pas ». Je trouverais ça profondément injuste.

➤ **Et aller plus loin en faisant participer les personnes aux audiences ?**

Je pense que c'est envisageable uniquement dans la perspective où on rentre dans une politique beaucoup plus policière. C'est une question de choix. Si on veut encore ajouter une tantième couche à la lasagne sur la possibilité de poursuivre les médecins, on peut.

➤ **Avez-vous pensé à d'autres points à améliorer mais qui n'ont pas spécialement été abordés par la proposition de loi ?**

A froid comme ça non.

➤ **Par exemple : un droit d'appel pour la patient ?**

Exactement la même question que toutes les précédentes, donc soit le patient est partie au procès, soit il n'est pas.

➤ **Autre exemple d'un intervenant : que le président soit un médecin et non un magistrat.**

Oui mais alors là, d'abord 1 quand on parle du président, on ne parle pas du disciplinaire, puisque c'est le Conseil national. La présidence des conseils provinciaux est assurée par des médecins. Donc c'est la présidence du conseil national qui est assurée par un magistrat. Et en réalité, c'est quoi la fonction de présidence ? La fonction de présidence elle est assez symbolique : c'est l'organisation des travaux. L'organisation des travaux est-elle sensiblement différente quand l'ordre des médecins quand le président est médecin ? Je ne pense pas. Je pense franchement pas. Ça c'est 1. 2, l'avantage d'une présidence magistrat, c'est qu'il y a une forme d'aura, comment dirais-je, procédurale. C'est-à-dire qu'il y a un danger substantiel dans une autorité déontologique, que l'agenda soit essentiellement dicté par des considérations corporatistes. Ce n'est pas le cas à l'ordre des médecins. Donc, je pense que là, l'avantage d'avoir une présidence magistrat est le recul. Je ne sais pas si c'est une garantie totale, je ne pense pas, loin de là, mais je pense que ça y participe. On est hors champ du disciplinaire hein là, c'est vraiment de la déontologie, on est dans un tout autre cadre.

Maintenant, s'il y a peut-être une considération qui serait utile à réfléchir, c'est le contenu propre qu'on donne au devoir de collaboration. Je pense qu'il faudra à un moment, si on veut le maintenir, le définir. Et qu'on dise si ça comprend un devoir de sincérité, de loyauté, un droit au silence, au mensonge, qui sont tous ces pans.

➤ **Une des propositions de réformes consistait en la suppression des ordres provinciaux. Quel est votre avis ?**

Ces débats n'ont aucun intérêt. Je ne suis pas pour défendre une institution pour une institution. Le fait qu'une institution existe n'a aucun sens en soi, une institution existe pour la mission légale qui lui est dévolue. En terme de méthodologie, on définit d'abord ce qu'on veut voir faire, et puis on détermine les institutions qu'il faudrait réaliser. On inverse toujours le raisonnement et on fait toujours cette même erreur.

Pourquoi ne pas avoir cette vision iconoclaste de l'Ordre ? et l'Ordre des médecins sont un bon exemple parce qu'ils sont assez progressistes dans la manière dont ils sont même prêts à se voir réformer eux-mêmes. C'est débile. La réforme de l'Ordre des avocats où on a sorti une partie du disciplinaire pour le donner à ces chambres qui sont soi-disant en dehors de l'Ordre a été à un moment mise sur le table par les barreaux eux-mêmes. Bon, certes avec une part d'hypocrisie, mais fondamentalement voilà. On peut être dans l'instance et être iconoclaste, il

n'y a pas de problème à ça. La question fondamentale est « qu'est-ce qu'on veut lui voir faire » ? Ca c'est le point de départ.

Envisager une réforme pour dire « supprimer les ordres etc, c'est tarte à la crème de chez tarte à la crème », vous avez les Ecolo, PTB et tout ça qui veulent tout supprimer car c'est une grande instance de corporatistes. Bon... heu oui. Mais pour créer des espèces d'institutions interdisciplinaires de 50 personnes, toutes nommées par le Roi politiquement. On va avoir une espèce de barreau de camarades. Tout ça est sympathique, mais est-ce que finalement la mission de service public que qu'on entend leur faire remplir sera-t-elle effectivement plus remplie ce faisant ? Sur papier, c'est génial, mais est-ce que dans la réalité factuelle, la position du patient, du plaignant, du médecin (parce qu'il faut aussi y penser hein), est-ce que c'est mieux ? J'ai quelques doutes à cet égard. Et je suis désolée hein, mais voir la qualité du travail de l'orthopédiste déterminée par des pharmaciens et la qualité du travail d'un infirmier déterminée par son médecin qui ne sont pas extrêmement tendres avec le travail infirmier... Je ne sais pas, je ne suis pas convaincu.

➤ **Que pensez-vous du nouveau code de déontologie de 2018 ?**

Je suis assez impressionné de sa qualité iconoclaste. La difficulté qu'on a, c'est qu'il n'y a aucun droit objectif derrière le droit déontologique ou disciplinaire. Donc finalement, ce qu'ils décident d'édicter, enfin je veux dire qu'il n'y a aucun cadre qui décide ce qu'ils peuvent édicter. Donc le droit disciplinaire est le droit disciplinaire qu'ils se donnent ; la déontologie est la déontologie qu'ils se donnent. Vous aurez des actions distinctes en fonction des compositions distinctes des ordres. Et là je trouve que l'ordre a fait un travail extrêmement intéressant. C'est-à-dire qu'on doit revenir à la substantifique moelle, c'est quoi ce qui fait vraiment notre corpus commun, et c'est vraiment dicté dans un intérêt patient cette fois-ci. En l'occurrence, on revient à la philosophie même de la déontologie. C'est-à-dire qu'on fixe les grandes lignes, les lignes de force de ce qui doit guider notre action. C'est vraiment une approche plutôt « *bottom up* », c'est très à la mode, c'est très joli. On est dans la philosophie générale du texte. De deux choses l'une, soit on veut une déontologie qui est un corps de règles, et alors on fait un code de déontologie très en détail, et alors il faut en assumer les conséquences, c'est-à-dire le rendre obligatoire par le Roi. Soit on veut plutôt se donner des lignes de force. « Ce qui guide notre action est l'intérêt du patient », « ce qui guide notre action n'est pas avant tout l'argent », ok. Et alors on permet au juge disciplinaire de donner corps à ces lignes de force.

➤ **Avec une marge d'appréciation alors ?**

Avec une marge d'appréciation et avec quelque chose de plus dynamique, de plus vivant. Sachant qu'on ne peut pas voir le droit disciplinaire en vase clos. Aujourd'hui, le droit disciplinaire de 2021 n'est pas le droit disciplinaire de 1968. 117 000 pages au MB l'année passée ! Avant, le droit ça tenait dans cette pièce, aujourd'hui vous avez besoin de quatre fois le bâtiment. Aujourd'hui, le législateur a décidé de choisir la couleur du slip du médecin quoi, c'est abusé. Donc le droit disciplinaire doit trouver sa place dans tout ça. Alors il y en a qui battent contre des moulins à vent et qui continuent à voir leur petit pré carrés, et il y en a qui, plutôt dictent une vraie ligne de conduite.

Je trouve que ce travail est assez impressionnant de qualité, car ça n'est pas pour aller vers plus, mais pour aller vers moins. On est dans un impact qui est complètement distinct de la tendance générale. Il y a une vraie rupture et ça : chapeau !

➤ **Que pensez-vous de la possibilité d'uniformiser les procédures disciplinaires ?**

Oui, très bonne idée. Comme au Québec par exemple : avoir un code de la discipline. Et je ne vois pas pourquoi ce ne serait pas possible, parce que le code ici serait procédural. C'est vraiment sur la procédure qu'il est possible de s'accorder. Sur le contenu, il n'y a pas moyen de rapprocher des professions qui sont si éloignées. C'est sûr qu'un architecte n'a pas grand-chose avoir avec un médecin. Sur le contenu c'est impossible d'harmoniser. Sur la procédure, c'est certainement faisable d'harmoniser mais dans une mesure à définir. C'est-à-dire que c'est sûr que c'est pas difficile d'harmoniser la procédure disciplinaire des professions libérales comme on les entend classiquement (2005 – 36 quoi) : architectes, médecins, avocats, machin. Ça envisageable. Moins envisageable de l'élargir aux fonctions disciplinaires pour les fonctionnaires : police, pompiers. Là on est dans la fonction publique c'est plus compliqué.

Annexe 4. Étiquettes présentées par catégories

Manque d'efficacité du devoir de collaboration

- Possibilité mensonge
- Droit au silence (CEDH, Const.)
- Position défensive du médecin
- Pas de moyens d'investigation contraignants
 - Plaignant forcé de monter le dossier
- Echec pratique >< philosophie
- Manque de clarté sur l'obligation de transmission du dossier médical
 - Prise en compte dans le jugement
 - Nouveau grief
- Incompatible avec les pouvoirs de saisie des juges d'instruction dans procédures ordinaires

- Moyens d'investigation contraignants
 - Pouvoir exiger le dossier médical

Questionnements et problèmes sous-jacents

- Moyens d'investigation contraignants

- Peur de déposer une plainte pour un médecin
- Induction d'une attitude défensive chez le médecin

Manque de transparence

- Frustration
- Non recommandation de la procédure par les associations de défense patients
- Opinion publique négative
- Dissuasif pour les patients
- >< Plaignant premier concerné
- >< Respect du plaignant
- Absence d'échange entre Ordre et associations
- Méconnaissance de l'aspect public des décisions d'appel par les patients
- Communication de la décision au plaignant
 - Meilleure acceptation par le plaignant
 - Meilleure opinion publique
- Implication des organisations représentatives de patients
 - Dans la procédure
 - Siège(s) au sein de l'Ordre
- Implication du plaignant
 - Spectateur silencieux vs intervenant
 - Audiences publiques
 - Droit d'appel pour le plaignant
- Publicité du résumé des sentences
- Convocation et information au plaignant en cas d'appel

Questionnements et problèmes sous-jacents

- Communication de la décision au plaignant
- Implication du plaignant
- Implication des associations représentatives de patients
 - Procédure
 - Siège(s) au sein de l'Ordre
- Manque de transparence
- Hypocrisie du système de non-utilisation au civil/pénal
- Mise à mal du devoir de collaboration ?? / Envisageable que si plus de pouvoir d'instruction
- Problématique du secret professionnel quand plaignant non patient
- Problématique de la multitude des griefs provenant de plaignants différents pour une même procédure
 - Découpage de l'audience
- Crainte d'une paralysie du fonctionnement
- Crainte d'une pression dans la procédure
- Décision connue de façon officieuse

Corporatisme

- Sanctions sévères peu/pas appliquées
- Manquements déontologiques < financiers
- Perçu par l'opinion publique/patients et les médecins
- Intérêts de la profession >> patients/intérêt public
- Peu de diversité sociale
- Volonté d'encourager l'appel des médecins et protéger les médecins qui font appel
- Code de déontologie non contraignant
- Relations amicales au sein des membres
 - Continuité et apprentissage par compagnonnage dans l'Ordre
- Composition redondante des organes
- Implication de magistrats dans la procédure/l'Ordre
 - Volonté d'un médecin président du conseil national
- Implication des organisations représentatives de patients
 - Siège(s) au sein de l'Ordre
- Implication du plaignant
- Interdisciplinarité
 - Elargir à un ordre des professionnels de la santé
 - Richesse dans le cadre du partage d'expériences
- Code de déontologie = lignes directrices et non contraignant vs détaillé et contraignant
- Professionnalisation de l'Ordre

Questionnements et problèmes sous-jacents

- Interdisciplinarité
 - Elargir à un ordre des professionnels de la santé
- Implication des associations représentatives de patients
 - Procédure
 - Siège(s) au sein de l'Ordre
- Code de déontologie contraignant
- Incapacité de jugement du travail professionnel d'un médecin par des professionnels de la santé non-médecins
- Volonté des médecins de laver leur linge sale en famille
- Crainte d'une paralysie du fonctionnement
- Crainte d'une pression dans la procédure
- Possibilité d'invocation des dispositions par les tiers à l'Ordre

Manque de sévérité des sanctions

- Sanctions sévères peu/pas appliquées
 - Majorité de 2/3 pour sanctions lourdes
 - Radiation non définitive
 - Moins de sévérité en appel
 - Procédure disciplinaire considérée comme une sanction
 - Désir d'un système où l'appel ne provoque pas d'aggravation de sanction
 - Manque de clarté dans la nuance des sanctions actuelles
- Nouveau système de sanction facile à mettre en place
 - Suspension du prononcé
 - Sursis
 - Effacement
 - Réhabilitation
 - Fourchette de sanctions
 - Catalogue d'infractions exhaustif

Questionnements et problèmes sous-jacents

- Fourchettes de sanction
 - Catalogue d'infractions exhaustif
- Manque de volonté de l'Ordre d'avoir une peine minimale
 - Risque de décontextualisation par l'imposition d'une sanction minimale
 - Marge de manœuvre essentielle
 - Difficulté de mise en place

Volume de plaintes trop important

- Difficulté de médiation
- Beaucoup de faits mineurs
- Trop de facilité à introduire une plainte
- Prévention des manquements déontologiques
 - Sensibilisation des médecins à la répétition des erreurs médicales
 - Aspect communicationnel
 - Partie du programme universitaire
 - Pédagogie, écoute et empathie du médecin
 - Diminution du contentieux disciplinaire
 - Jeux de rôle
- Développement de la déontologie positive

Questionnements et problèmes sous-jacents

- Prévention des manquements déontologiques
- Développement de la déontologie positive
- Manque de volonté de l'Ordre des médecins
- Niveau provincial ?
- Nécessité d'une confiance des médecins envers le système

Manque d'application de la médiation

- Uniquement pour les conflits d'honoraire
- Non-conciliable avec médiation extra-ordre
- Nécessité d'une augmentation du nombre d'effectifs
- Non conciliable avec fonction disciplinaire
- Crainte de multiplication des étapes
- Chronophage
- Choix du président quant à l'application
- Jamais appliqué avec un plaignant
- Augmentation du recours à la médiation
- Création d'une structure de médiation indépendante de l'Ordre
- Médecin formé à la médiation dans conseils provinciaux

Questionnements et problèmes sous-jacents

- Médecins formés à la médiation dans conseils provinciaux
- Problème du médiateur-juge lié au manque de séparation des pouvoirs
 - Missions d'avis, de médiation et d'enquête du conseil provincial
- Création d'une structure de médiation indépendante de l'Ordre
- Difficulté de recrutement de médiateurs indépendants de l'Ordre et compétents en matière médicale ?
- Augmentation du recours à la médiation
- Champ d'application non évident
- Médiation non obligatoire
- Médiation OU procédure disciplinaire

Manque de « séparation des pouvoirs »

- Lié au manque d'effectifs
- Missions d'instruction et jugement des conseils provinciaux
- Missions d'avis et de disciplinaire de l'Ordre
- « Pouvoir législatif et judiciaire » = rédaction du code de déonto et pouvoir disciplinaire
- Médiateur-juge
- Pas d'interdiction à être membre de l'ABSYM et de l'Ordre
- Précisions/Révision des missions de l'Ordre
 - Mission d'avis OU disciplinaire
 - Suppression de la procédure disciplinaire ?
 - Développement de la déontologie positive
 - Meilleure compréhension publique → Efficacité
- Etablir des institutions en fonction des missions
- Création de chambres de jugement fr/nl
 - Conseils provinciaux = médiation, devoirs d'enquête et prévention
 - Plus d'uniformisation de jurisprudence
 - Moins de proximité → Neutralité des juges
 - Séparation instruction/jugement plus formelle
- Droit objectif encadrant le Code de déontologie
- Création d'une structure de médiation indépendante de l'Ordre
- Médiation OU procédure disciplinaire

Questionnements et problèmes sous-jacents

- Création de chambres de jugement fr/nl
 - Conseils provinciaux = médiation, devoirs d'enquête et prévention
 - Uniformisation de jurisprudence
- Création d'une structure de médiation indépendante de l'Ordre
- Médiation OU procédure disciplinaire (intérêt privé vs public)
- Manque de coopération des conseils provinciaux
- Prévoir assez d'effectifs
- Problématique de la diversité des effectifs
- Prévoir une composition respectueuse des spécificités locales
- Difficulté de recrutement de médiateurs indépendants de l'Ordre et compétents en matière médicale ?
- Absence de sanction en cas de manquement déonto ? + (intérêt privé vs public)

Etiquettes non pertinentes

- Procédure inutile pour le patient
- Difficulté de faire changer les mentalités et l'opinion publique négative
- Devoir de collaboration, pouvoirs d'instruction jugés bons par les conseils provinciaux
- Médecins contre modalités de la procédure disciplinaire
- Manque de clarté du Code de déontologie

