

LIBERTE DE PRESCRIRE ET RESPONSABILITE MEDICALE

MA BOUBCHIR, Professeur et chef de service en néphrologie/Dialyse du CHU Frantz Fanon de BEJAIA

Face à l'événement, c'est à soi-même que recourt l'homme de caractère. Son mouvement est d'imposer à l'action sa marque, de la prendre à son compte, d'en faire son affaire. Et loin de s'abriter sous la hiérarchie, de se cacher dans les textes, de couvrir des comptes rendus, le voilà qui se dresse, se campe et fait front.

Charles DE GAULLE, Le fil de l'épée

Partie I : Droits du patient et devoir du praticien.

I Introduction

La nature des professions libérales conduisent normalement à une organisation assurant à leurs membres une entière indépendance. Professions d'hommes libres, professions nobles, elles ne peuvent mettre celui qui les exerce en état de subordination sans renoncer à ces qualités. La fierté des membres des professions libérales est de n'avoir d'autre maître, qu'eux-mêmes [1]. Le terme de profession libérale englobe l'ensemble des métiers exercés par une personne à titre individuel, sous sa responsabilité personnelle.

Il existe deux types de professions libérales : celles qui sont réglementées, comme les avocats, les comptables, les notaires, les pharmaciens et les médecins, et celles qui ne le sont pas (artisans, commerçants, etc...). On notera cependant que certaines professions artisanales sont réglementées, dans la mesure où il faut un diplôme pour les exercer (plombier, coiffeur...).

A l'origine, l'adjectif libéral faisait référence à la liberté qu'avait le professionnel concerné de négocier ses honoraires directement avec son client. Bien entendu, cette possibilité n'existe plus pour les médecins libéraux, depuis que le montant de leurs honoraires est fixé autoritairement par la convention médicale. Mais on continue, par habitude, à parler de médecine libérale.

La liberté de prescrire, c'est la capacité pour le médecin, de décider de ce que sont les bons moyens pour la prise en charge du patient. La liberté thérapeutique du médecin est nécessaire

au bon fonctionnement du système de santé. Toutefois, elle comporte une dimension d'organisation des soins où il ne peut, seul, avoir voix au chapitre pour des raisons de coût. Sur le plan individuel, rares sont aujourd'hui les individus disposant des ressources leur permettant de prendre à leur charge un séjour hospitalier [2].

Egalement, en milieu hospitalier, le médecin doit être le seul juge de la manière dont il traite le malade et doit jouir d'une totale indépendance dans le choix de la thérapeutique. L'institution de soins ne doit pas lui imposer d'accomplir un acte contraire à ses convictions personnelles ou, inversement, interdire de poser un acte indispensable à un patient.

Par ailleurs, chaque patient a droit à l'accès aux soins mais la santé a un coût et il est donc normal de veiller à ce que ces ressources soient correctement utilisées.

En fait, la liberté de choix thérapeutique est étroitement liée à la liberté de prescription du médecin. Bien entendu, *"je peux pas choisir ma thérapie si on ne peut pas me la proposer"*. En fixant strictement la possibilité pour les médecins de prescrire ce qui est référencé, "nomenclaturé", avalisé par l'Académie des Sciences, le Code de la Santé Publique réduit ce qui pourrait être proposé! La liberté thérapeutique est forcément limitée par le Code de la Santé Publique. Le texte n'est que hors-la-loi ou diplomatiquement toléré, telle l'homéopathie.

II La problématique

Le patient a-t-il la possibilité de choisir son traitement à l'heure actuelle?

Peut-il réellement décider de ce qui sera le mieux pour sa santé?

Le médecin décide du traitement à suivre, généralement dans le but de soigner le patient, pas d'en faire un cobaye sacrifié au nom du « Dieu profit »...

Le médecin est-il seul juge de la manière dont il va traiter le malade ?

III Un extrait du serment D'HIPPOCRATE

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

IV Droit du patient

Le système de santé est au service du patient : c'est le cas, naturellement, des soignants, puisque c'est leur fonction, mais également des gestionnaires de santé. Il n'y a pas, d'un côté, les soignants proches des patients dans leur pratique quotidienne, et donc seuls capables de trouver les solutions, et de l'autre des gestionnaires loin du réel et épris de réglementations technocratiques. Le droit du patient se résume en :

1. Le droit à l'accès et à la qualité des soins : L'établissement de santé garantit à l'utilisateur l'accès et la continuité des soins, ainsi que la qualité de son accueil et de sa prise en charge, avec la préoccupation notamment d'une prise en charge de la douleur et de la fin de vie.

2. Le droit d'être traité avec égard et en respectant sa vie privée : L'établissement de santé veille au respect de l'intimité du patient et de sa vie privée au cours de son hospitalisation. L'exigence du respect du secret médical pèse sur tous les professionnels de santé et interlocuteurs intervenant dans sa prise en charge. Le patient peut exercer au cours de son hospitalisation ses pratiques religieuses et exprimer ses convictions, dans le respect de l'organisation des soins.

3. Le droit d'être informé : Le patient a le droit de recevoir du médecin traitant une information loyale, intelligible et compréhensible sur son état de santé. Par ailleurs, il a un accès direct à son dossier médical. Une information particulière et adaptée doit être donnée au patient mineur ou faisant l'objet d'une mesure de tutelle.¹

¹ « Il m'est en effet arrivé souvent de me rendre avec mon frère ou d'autres médecins auprès de malades qui ne voulaient pas avaler un médicament ni se laisser charcuter ou cautériser par le médecin; quand le médecin n'arrivait pas à les persuader, moi j'y arrivais par le seul art de la rhétorique. Gorgias, Platon (455d-456c).

4. Le droit de consentir aux soins : Le patient doit consentir de manière libre et éclairée à chaque acte de soins, d'investigation ou de traitement. Ce consentement ne nécessite pas de formalisme particulier sauf exception. Le consentement pour le patient mineur ou faisant l'objet d'une mesure de tutelle est donné par ses représentants légaux.

Le patient peut également refuser les soins proposés.

Les directives anticipées et la personne de confiance désignée par le patient permettront aux professionnels de santé d'apprécier sa volonté, notamment en matière de limitation et d'arrêt des traitements dans le cadre d'une fin de vie s'il n'est plus en mesure d'exprimer sa volonté.

L'article L. 1111 - 3 du Code de la santé publique française précise : "Toute personne a droit, à sa demande, à une information, délivrée par les établissements et services de santé publics et privés, sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et les conditions de leur prise en charge. Les professionnels de santé d'exercice libéral doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie".

V Lecture de quelques articles du code de déontologie algérien

Article 6 : Le médecin et le chirurgien dentiste sont au service de l'individu et de la santé publique. Ils exercent leur mission dans le respect de la vie et de la personne humaine.

Article 11 : Le médecin et le chirurgien dentiste sont libres de leurs prescriptions qu'ils estiment les plus appropriées en la circonstance.

Dans toute la mesure compatible avec l'efficacité des soins et sans négliger leur devoir d'assistance morale, ils doivent limiter leurs prescriptions et leurs actes à ce qui est nécessaire.

Article 13 : Le médecin est responsable de chacun de ses actes professionnels....

Article 16 : Le médecin est habilité à pratiquer tous les actes de diagnostic, de prévention et traitement. Le médecin ne doit pas,

La rhétorique est à la fois la science et l'art de l'action du discours sur les esprits.

sauf circonstances exceptionnelles, entreprendre ou poursuivre des soins ou formuler dans des domaines qui dépassent ses compétences et ses possibilités.

Article 17 : Le médecin doit s'interdire dans les explorations ou traitements qu'il pratique, de faire courir au malade un risque injustifié.

Article 18 : L'emploi sur un malade d'une thérapeutique nouvelle ne peut être envisagée qu'après des études biologiques adéquates, sous une surveillance stricte et seulement si cette thérapeutique peut présenter pour ce patient un intérêt direct¹.

Article 33 : Un médecin ne peut pratiquer l'interruption de grossesse que dans les conditions prévues par la loi.²

Article 34 : Aucune mutilation ou ablation d'organe ne peut être pratiquée sans motif médical très sérieux et sauf urgence ou impossibilité qu'après information et consentement de l'intéressé ou de son tuteur légal.

Article 35 : Les prélèvements d'organe ne peuvent être pratiqués que dans les cas et conditions prévues par la loi.

¹ Un médicament générique : est conçu à partir d'un médicament déjà autorisé (molécule mère) dont le brevet est désormais tombé dans le domaine public. Doit avoir la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique que le princeps et démontrer qu'il a la même efficacité thérapeutique.

Les biosimilaires ont un statut réglementaire distinct des médicaments génériques « ordinaires », en raison de la différence du mode de fabrication entre un biomédicament et sa version générique - bien que la substance finale soit la même, la complexité moléculaire de celle-ci peut conduire à ce que le processus de fabrication ait des effets sur le produit final. Les biosimilaires sont donc jugés « similaires » mais pas identiques à des médicaments biotechnologiques déjà commercialisés.

Avant l'autorisation de mise sur le marché dans l'Union européenne, un biosimilaire doit subir des essais cliniques effectués sur des centaines de patients. Il ne peut pas obtenir l'autorisation sur la base d'une équivalence de composition comme les génériques classiques.

² Le fœtus, aux yeux de la loi française, n'est pas une personne juridique bien qu'il bénéficie d'une certaine protection. Les modalités pratiques de « l'interruption médicale de grossesse » ont été précisées à partir de 1975 avec la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 instaurée par Simone Veil, et entre autres, par l'article 13 de la loi 94-654 du 29 juillet 1994, qui précise que « En outre, si l'interruption de grossesse est envisagée pour motif médical, elle doit être acceptée par deux médecins, l'un de ces deux médecins devant exercer dans un Centre de Diagnostic Prénatal Pluridisciplinaire. »

Devoirs envers le malade:

Article 42 : Le malade est libre de choisir ou de quitter son médecin. Le médecin doit respecter et faire respecter ce droit du malade.

Ce libre choix constitue un principe fondamental de la relation médecin - malade.

Article 44 : Tout acte médical, lorsqu'il présente un risque sérieux pour le malade est subordonné au consentement libre et éclairé du malade ou celui des personnes habilitées par lui ou par la loi. Si le malade est en péril ou incapable d'exprimer son consentement, le médecin, le chirurgien dentiste doit donner les soins nécessaires.

Article 45 : Dès lors, qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin, s'engage à assurer à ses malades, des soins consciencieux, dévoués, conformes aux données récentes de la science et de faire appel, s'il y a lieu, à l'aide de confrères compétents et qualifiés.

Partie II : facteurs influençant la liberté de prescrire:

I Influence de l'industrie pharmaceutique

L'alliance médico-politico-financière a imposé le joug de l'industrie pharmaceutique dans nos pratiques médicales conduisant à entrer de plus en plus de patients dans les essais thérapeutiques, à obéir aux recommandations thérapeutiques nationales et internationales élaborées par des groupes de travail appliquant le dogme de la « médecine par les preuves ».

Cette « évidence base medicine », élaborée par les mêmes groupes, soumis à l'industrie ne reconnaît comme source scientifique que les publications basées sur des essais cliniques randomisés (groupes tirés au sort).

Ces essais, pour être reconnus valables, reposent sur de grands effectifs de patients et leur élaboration nécessitent des fonds importants que seule l'industrie pharmaceutique possède.

Ainsi, la quadrature du cercle est complète. Big Pharma élabore et subventionne les essais, publie ceux qui sont favorables à ses intérêts et dissimule les autres. Théoriquement nous aurions pu continuer à traiter nos patients avec les anciens schémas éprouvés et efficaces, mais en plus de la persécution des hérétiques au système condamnés à disparaître par départs progressifs des générations plus âgées et refus de nomination de jeunes qui n'accepteraient pas ses lois, l'industrie fit disparaître

du marché nombre de médicaments trop bon marché et les faisant remplacer par de nouveaux dix fois plus chers et souvent plus toxiques.

L'impact minime d'une grande étude sur les traitements de l'hypertension artérielle, revient sur l'étude ALLHAT (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial). L'étude ALLHAT a été enterrée par les firmes, puisque les diurétiques thiazidiques traitant l'hypertension sont efficaces, bon marché et non rentables pour les multinationales. L'étude ALLHAT surprend en démontrant la supériorité des diurétiques dans le traitement de l'hypertension artérielle. La classe des diurétiques est depuis longtemps considérée comme l'agent antihypertenseur de base. Est-ce que les nouvelles classes d'antihypertenseurs sont supérieurs aux diurétiques pour diminuer la morbidité cardiaque – Tel était le but de l'étude ALLHAT publiée en décembre 2002, et dont les résultats en ont surpris plus d'un.

Cette étude randomisée contrôlée à double insu s'est déroulée entre 1994 et 2002 en Amérique du Nord. Elle comparait un diurétique, la chlorthalidone à un IEC (lisinopril), un bloquant calcique (amlodipine) et un alpha-bloquant (doxazosin). 42 418 hypertendus de 55 ans et plus avec HTA de stade 1 ou 2 et maladie athérosclérotique ou un autre facteur de risque coronarien (tabac, HDL diminué, diabète ou HVG) ont été inclus, ce qui en fait la plus grosse étude de l'histoire en HTA. Cette étude est aussi l'une des rares à viser une TA < 140 / 90 mmHg et à inclure des sujets avec HTA de stade 1. La pertinence de sa question de recherche en faisait aussi une étude très attendue dans le domaine de l'HTA. L'issue primaire étudiée était une combinaison de mortalité cardiaque et d'infarctus du myocarde non fatal [3].

Cependant, 16 ans après, les diurétiques sont beaucoup moins prescrits qu'ils ne devraient l'être, compte tenu de leur efficacité.

L'association australienne **Choice** arrivait à la même conclusion dans [un rapport](#) déplorant les méthodes perverses de l'industrie pharmaceutique et qui prenait pour exemple précisément le cas des médicaments antihypertenseurs, comparés sous l'angle coût / efficacité.

Le diurétique antihypertenseur **chlortalidone** est l'exemple-type de médicament très peu prescrit parce que efficace et pas cher, donc peu profitable aux firmes qui produisent des antihypertenseurs pas plus efficaces, mais beaucoup plus chers, tels les inhibiteurs calciques ou les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)[4].

Les firmes se sont unies contre l'ennemi commun - les médicaments bon marché - et ont tout fait pour le discréditer, par exemple en payant des leaders d'opinion ([pantins du pharmacommerce](#)) pour vanter les mérites des nouveaux médicaments antihypertenseurs.

Et nombre d'experts indépendants soulignent que l'influence de l'industrie est telle qu'elle empêche aussi toute volonté politique qui inciterait à l'organisation d'essais cliniques de grande envergure pour trouver les médicaments ayant le meilleur rapport coût / efficacité... Les firmes ont le bras long et n'hésitent pas à désinformer et à déformer la vérité, par exemple sur les effets secondaires de leurs antihypertenseurs, pour faire vendre un maximum.

Après la publication des recommandations du joint national comite (JNC 8) de 2013 sur les changement des cibles tensionnelles, les chercheurs estiment que 5,8 millions d'adultes ne seront plus candidats à une prise en charge pour faire baisser leur pression artérielle (de 70 millions avec les recommandations JNC-7 à 64,2 millions avec les recommandations JNC-8)[5].

En 2017, la définition de l'hypertension artérielle change et le nombre de patients à traiter augmente. Ce changement dans le nombre de patients à prendre en charge est fonction des recommandations émises par le sociétés savantes, elles mêmes sous contrôle des grandes firmes pharmaceutiques [6].

II Influence de l'Etat

L'Etat peut influencer la liberté de prescription des médecins par des incitations financières.

Ce dernier, par l'intermédiaire des caisses de soins primaires, attribue une rémunération spéciale aux médecins qui acceptent de prescrire certains médicaments bon marché plutôt que d'autres plus chers.

Il ne s'agissait en l'occurrence pas d'une simple substitution générique, mais d'une substitution au sein de classes

thérapeutiques. L'ABPI (association faîtière de l'industrie pharmaceutique britannique) défendait le point de vue qu'un tel versement aux médecins violait l'article 94 de la Directive 2001/83, une disposition similaire à l'article 33 de la Loi fédérale suisse sur les produits thérapeutiques (LPTh) qui interdit la promesse et l'acceptation d'avantages matériels.

Pour l'ABPI, l'interdiction d'octroyer des avantages matériels aux médecins sert à préserver leur indépendance et leur objectivité au moment de choisir le médicament le mieux adapté à leurs patients.

La mesure étatique en cause biaise directement ce choix, en incitant les médecins à opter pour le médicament le moins cher. Selon l'ABPI, l'interdiction érigée à l'article 94¹ devait s'appliquer aussi bien à l'industrie pharmaceutique qu'à l'Etat lui-même.

A titre d'exemple, le fait de récompenser financièrement la substitution générique n'engendre normalement aucun risque pour le patient. De même, au sein de certaines classes thérapeutiques (notamment les inhibiteurs de la pompe à protons), on peut imaginer des incitatifs portant sur les molécules disponibles sous forme génériques (par ex. omeprazol, plutôt que esomeprazol). A ce sujet, voir par ex. le numéro 2 du bulletin d'information sur les médicaments de la Commission des médicaments des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) (novembre 2007).

Il est bien sûr difficile de déterminer quels sont les effets engendrés par un incitatif financier. Les incitatifs financiers devraient également être comparés, sur le plan des bénéfices attendus et des risques envisageables, avec les incitations non-financières, tel l'encouragement de la formation universitaire ou continue des médecins [7].

III La responsabilité médicale

Dans la bible, on retrouve la loi du Talion dont la maxime était « œil pour œil ». C'est à dire que si une personne était

¹ l'interdiction posée par l'article 94 paragraphe 1 de la directive 2001/83 « d'octroyer, d'offrir ou de promettre aux personnes habilitées à prescrire ou à délivrer des médicaments une prime, un avantage pécuniaire ou un avantage en nature... » vise à empêcher des pratiques promotionnelles susceptibles « d'animer les professionnels de santé d'un intérêt économique lors de la prescription ou de la délivrance de médicaments ».

responsable de la perte d'un œil chez une autre personne, elle était sanctionnée en perdant son propre œil. Heureusement, s'est mis en place progressivement un système de compensation monétaire.

Les Babyloniens avaient déjà un code qui comportait 282 dispositions parmi lesquelles la règle 218 « si un médecin incisant un abcès perd son malade ou l'œil de son malade, on lui coupera la main ». Dans les siècles qui suivirent, se succédèrent des périodes d'immunité totale puis des retours à une recherche de responsabilité des médecins.

On distingue deux types de responsabilité.

- **responsabilité source de sanction** (telle la responsabilité pénale ou la responsabilité disciplinaire) ou
- d'une **responsabilité source d'indemnisation** (responsabilité civile ou administrative).

La première consiste à sanctionner des comportements que la société réprouve; la seconde consiste à faire indemniser la victime d'un dommage causé par un tiers.

Le médecin: [8]

-Il s'interdira cependant de prescrire inutilement des examens ou des traitements onéreux ou d'exécuter des prestations superflues.

-Il s'interdira aussi de prescrire des traitements ou médicaments à la seule demande du patient, sans que l'état de ce dernier ne le justifie médicalement.

-Il veillera à prescrire des médicaments sous une forme et en quantité adéquates pour éviter la surconsommation et le surdosage.

-Lorsqu'un malade, dûment informé et consentant, accepte de participer à une investigation scientifique, cette dernière ne peut pas le priver des traitements reconnus que son état nécessite.

Si le malade refuse l'investigation scientifique ou se retire de celle-ci, le médecin a le devoir de continuer à lui prodiguer les meilleurs soins.

Il faut éviter qu'un médicament inutile soit prescrit parce que le médecin en profite financièrement.

L'ordonnance médicamenteuse est l'aboutissement d'une démarche médicale complexe qui engage la responsabilité du médecin qui la rédige, du pharmacien qui la délivre et du patient qui y adhère [9]. En établissant son ordonnance, le médecin doit

avoir à l'esprit un ensemble de critères pour maîtriser les risques d'erreurs de prescription, de dosages, de contre-indications, d'interactions ou d'inefficacité. Il lui faut éviter si possible les ruptures de la continuité des soins et les entorses aux principes d'éthique médicale, tenir compte d'éventuels conflits d'intérêt et encore des principes de l'économicité ! La responsabilité de la prescription médicale est par conséquent bien lourde pour un seul acteur de la santé et mérite d'être partagée dans un mode de collaboration constructive. Des cercles de qualité médecins-pharmaciens (CQMP) ont ainsi été créés en médecine de famille dans le but d'améliorer et de sécuriser la prescription médicamenteuse [10].

Dans le cadre de la relation contractuelle qui unit le praticien de l'art de guérir à l'institution de soins, celui-ci jouit, de la liberté diagnostique et thérapeutique. Ce principe est rappelé dans les dispositions légales ou réglementaires :

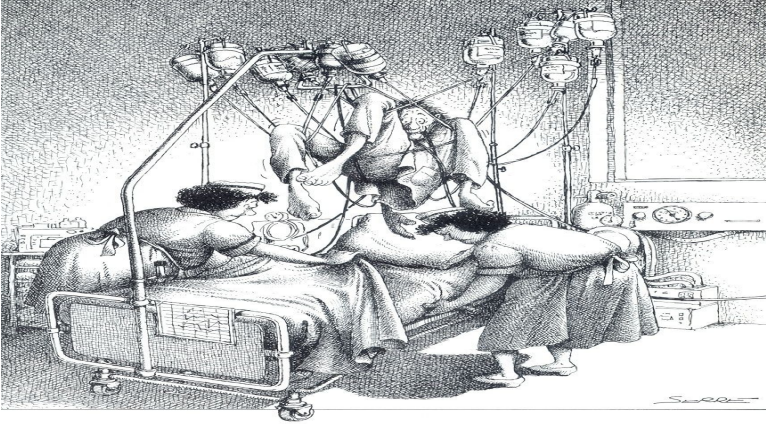
Déjà en 1967:

-l'article 11 de l'arrêté royal Belge du 10 novembre 1967 interdit les limitations réglementaires à cette liberté : « *les praticiens (...) ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre, soit pour l'établissement du diagnostic soit pour l'institution du traitement et son exécution (...)* »;

Article 8 (article R.4127-8 du Code de la Santé Publique/ Legifrance):

Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.



Le gestionnaire a dans sa responsabilité, le soin de faire des arbitrages entre les ressources à affecter à chacune des disciplines médicales afin de permettre une prise en charge optimale des patients. Les soignants et les gestionnaires sont soumis à des outils de mesure raisonnables de l'activité de soins. On se donne une définition des priorités et des objectifs à atteindre et des moyens correspondants. Le praticien doit suivre les recommandations des sociétés savantes en ne prescrivant pas hors indications ou hors AMM (autorisation de mise sur le marché des médicaments).

Il faut éviter que le mauvais médicament soit favorisé sur la base d'études mal comprises ou obsolètes.

La reconnaissance de la liberté décisionnelle du médecin dépasse la question de son mode d'exercice : elle est une condition nécessaire de la pratique médicale. Ce dépassement est par ailleurs acquis au regard de la consécration par la loi d'un régime statutaire de l'usager du système de santé [11]. Les Etats de l'Union européenne sont libres d'offrir des avantages financiers aux médecins acceptant de prescrire les médicaments les moins chers, à condition d'exposer de manière transparente les bases – avant tout scientifiques – sur lesquelles reposent leur appréciation de l'équivalence thérapeutique des médicaments attribués à une même classe.

La caisse d'assurance qui invite ses assurés à demander à leurs médecins le générique meilleur marché, en lieu et place du médicament original coûteux, émet bel et bien une publicité. En effet, toute mesure qui influence un groupe de patients en

l'incitant à choisir un médicament donné tombe sous la définition large de la publicité. Selon la jurisprudence constante, l'un des objectifs des normes suisses sur la publicité est de préserver l'indépendance de jugement des médecins. Au vu de cet objectif, la CORE PT ¹ avait estimé qu'il se justifiait de soumettre les caisses-maladie aux mêmes règles, puisque leur but était précisément d'influencer les patients, et indirectement les médecins.

Les contours de l'interdiction des avantages matériels seraient rendus plus clairs, en précisant que l'avantage n'est interdit que s'il est susceptible d'influencer la prescription, la remise ou l'administration de médicaments soumis à ordonnance. Malheureusement le cercle des personnes soumises à l'interdiction d'offrir de tels avantages n'est pas mieux défini. Bien que l'exécutif soit clairement parti de l'idée que l'interdiction concerne avant tout les sociétés pharmaceutiques, on ne peut exclure que son application englobe d'autres acteurs [12].

IV Conclusion

La liberté thérapeutique n'existe pas en réalité sur le terrain. Normalement la prescription est guidée par les recommandations des sociétés savantes (normalement neutres) mais ces dernières sont sous le contrôle des grandes firmes pharmaceutiques qui moyennant rétribution influence la décision du praticien et du pharmacien.

Par ailleurs, la liberté thérapeutique du médecin dépend de sa relation avec l'administration et le plateau technique dont il dispose: exploration biologique, histologique et radiologique et le traitement adéquat (machines de dialyse par exemple, antibiotiques de 3^{ème} génération, biothérapie et molécules anticancéreuses récentes et efficaces).

Aujourd'hui, le malade est devenu autonome, informé et capable de prendre, en lien avec les professionnels de santé, des décisions le concernant.

Le médecin est le seul juge de la manière dont il doit traiter ses patients et de la thérapeutique qu'il convient de leur appliquer :

¹ En 2007, la CORE PT (Commission fédérale de recours en matière de produits thérapeutiques) a été remplacée par le Tribunal administratif fédéral.

« Attendu qu'il appartient au médecin de choisir parmi les méthodes thérapeutiques conformes aux données acquises de la science ou utilisées par une pratique sérieuse, celle qu'il croit la plus appropriée au cas qu'il doit traiter en se déterminant d'après la nature de la maladie et les particularités physiques et psychologiques du malade lui-même. Ensuite, les médecins doivent être capables de faire passer l'intérêt de leurs patients avant l'intérêt pécuniaire que leur offre la mesure étatique ou les firmes pharmaceutiques. Le médecin prescripteur est tenu, d'un point de vue déontologique, de ne pas prescrire un médicament donné si celui-ci ne convient pas au patient.

Si l'on veut préserver cette qualité essentielle du système de soins qu'est la liberté thérapeutique dont ses médecins bénéficient, la première chose à mettre en place, c'est une posture et une attitude dans lesquelles un dialogue existe avec les gestionnaires au moyen d'outils de description et de mesure consensuels de l'activité soignante.