

La déontologie médicale et le projet de loi

Doc	a028037
Date de publication	15/12/1979
Origine	NR
	Secret professionnel
Thèmes	Certificat

LA DEONTOLOGIE MEDICALE ET LE PROJET DE LOI 323

Quel que soit le mode de prestations de soins ou le système d'assurance maladie, aucun problème ne peut être résolu si le médecin ne respecte pas ses devoirs professionnels. Pour ce faire, il est non seulement nécessaire qu'il connaisse la déontologie et qu'il possède assez de conscience morale pour la respecter, mais il est essentiel qu'il se trouve dans des conditions favorables.

Le comportement du médecin résulte d'un ensemble complexe où la déontologie doit jouer un rôle essentiel.

Les lois et les règlements peuvent favoriser, rendre plus difficile voire impossible le respect de certaines règles déontologiques.

Il appartient au Conseil national, qui a légalement la mission d'élaborer les règles de déontologie médicale, d'examiner les conséquences que peuvent entraîner pour celles-ci des projets de loi relatifs à l'art de guérir.

Le but de la loi programme en matière de sécurité sociale est explicitement défini dans l'exposé des motifs et dans le projet de loi. Il s'agit «d'adapter l'évolution des subsides de l'Etat», «aux impératifs de la politique du gouvernement dans le domaine budgétaire général».

Le Conseil national de l'Ordre des médecins ne conteste certes pas aux pouvoirs publics la mission d'opérer les choix nécessaires en matière de santé publique. Il croit cependant de son devoir d'examiner les conséquences de ces choix sur les plans éthique et déontologique. Il craint que des options prises en matière de santé publique, sur des critères uniquement financiers ou économiques, n'entraînent pour le patient une diminution de la qualité des soins.

Le Conseil observe combien l'exercice de la profession médicale, les relations médecin malade, la qualité des soins, sont influencés et même conditionnés par la réglementation de l'Assurance maladie et spécialement par la nomenclature des prestations médicales et le remboursement des médicaments.

LIBRE CHOIX DU MEDECIN PAR LE PATIENT

Il est inutile d'insister sur l'importance du facteur confiance dans la relation médecin malade.

Cette confiance indispensable repose notamment sur le libre choix du médecin par le patient.

L'article 27 du Code de déontologie médicale reprend ce principe: «Le libre choix du médecin par le patient est un principe fondamental de la relation médicale. Tout médecin doit respecter cette liberté de choix et veiller à ce qu'elle soit sauvegardée».

Si tout doit être fait pour promouvoir le rôle essentiel du médecin de famille, la domiciliation obligatoire, telle qu'elle est proposée dans l'exposé des motifs et dans la note gouvernementale du 3 décembre 1979 est une mesure de contrainte vexatoire, qui n'atteindra pas son but. L'assuré obligatoirement inscrit chez un médecin, éprouvera des difficultés matérielles et morales à s'adresser à un autre médecin, le jour où l'inquiétude l'inciterait à solliciter un avis supplémentaire.

De même, le remboursement différentiel des prestations en fonction du conventionnement ou non du médecin ou, dans le cas des spécialistes, selon que la consultation est spontanée ou demandée par un généraliste, pénalise financièrement les patients, surtout les moins fortunés.

QUALITE DES SOINS

La qualité des soins est un devoir pour le médecin.

Les articles 34, 35 et 36 du Code de déontologie sont très explicites:

Article 34:

En acceptant de soigner le patient, le médecin s'engage à lui donner des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science.

Article 35:

Sauf force majeure, le médecin ne peut exercer sa profession dans des conditions qui compromettent la qualité des soins et des actes médicaux.

Article 36:

Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique. Il s'interdira de prescrire des examens et des traitements inutilement onéreux ou d'exécuter des prestations superflues.

L'article II de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'art de guérir est également formel: «Les praticiens visés aux articles 2, 3 et 4 ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en oeuvre, soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement et son exécution, soit pour l'exécution des préparations magistrales.

Les abus de la liberté dont ils jouissent à ce triple point de vue sont sanctionnés par les conseils de l'Ordre dont ils relèvent.»

Dans l'exposé des motifs de la loi programme elle-même, nous lisons (page 31):

«Le gouvernement entend maintenir le haut niveau de la médecine en Belgique, ce qui suppose que soit garanti un exercice de la liberté thérapeutique orienté par les intérêts exclusifs de la santé des malades.»

Un exemple qui contredit manifestement cette affirmation, est celui de la législation de l'appareillage médical lourd.

Lors de la dernière modification de loi concernant cet appareillage (loi du 27 juin 1978) modifiant la législation sur les hôpitaux et concernant d'autres formes de soins, le Conseil national avait signalé au Ministre de la santé publique et de la famille ses objections de principe au contenu de la loi, alors à l'état de projet. Cette loi et le projet ont ceci en commun qu'ils subordonnent la qualité des soins médicaux et le respect de la liberté diagnostique et thérapeutique à des raisons économiques et qu'ils

abandonnent des pouvoirs de première importance pour l'exercice de l'art de guérir à des organismes où les médecins sont minoritaires.

En raison du parallélisme entre la loi du 27 juin 1978 et le projet 323, le Conseil national estime nécessaire de citer une partie de l'arrêté royal du 3 septembre 1979 fixant les critères de programmation du tomographe axial transverse.

«L'installation du brain scanner dans les hôpitaux universitaires n'est autorisée que dans la mesure où l'importance de l'activité neurochirurgicale pratiquée dans ces hôpitaux garantit un emploi à plein temps de l'appareil précité.»

Cet arrêté royal démontre de manière flagrante que le critère économique est aux yeux du Ministre plus important que la mission d'enseignement des hôpitaux universitaires. Même pour ces hôpitaux, le choix des moyens d'investigation est subordonné à ce seul critère.

Cet exemple illustre de toute évidence ce que sera l'évolution de l'exercice de la médecine dès lors que le législateur se laisse guider uniquement par des considérations économiques et néglige des valeurs essentielles.

Le Conseil national avait en outre attiré l'attention du Ministre sur l'absence de définition de l'appareillage médical lourd.

L'importance que représente l'utilisation de cet appareillage dans le cadre d'une politique d'économie explique que le gouvernement revienne sur cette question dans le projet 323.

Dans l'article 148, l'appareillage lourd est défini et on y lit «qu'il suffit qu'un appareillage puisse facilement conduire à une surconsommation de prestations techniques pour qu'il soit considéré comme appareillage lourd par le Conseil des hôpitaux».

La définition proposée ne donne aucune garantie étant donné qu'une interprétation assez large permet d'estimer que tout appareillage peut facilement conduire à une surconsommation.

Il en résulte que la simple détention d'un appareillage expose le médecin à des peines correctionnelles.

Il existe en outre une contradiction. Dans sa lettre du 7 avril 1978, le Conseil national se référait déjà au rapport rédigé au nom des Commissions des finances et de la santé publique du Sénat, qui énonçait:

«Les objections avancées par le corps médical, selon lesquelles le Ministre porterait de cette manière atteinte à la liberté d'établissement et d'installation de cabinets privés, sont démenties car il est clairement établi qu'il s'agit d'appareillage médical lourd non rentable et ce, principalement dans les hôpitaux.»

Le Conseil national avait mis en doute cette affirmation. Ce doute se confirme actuellement, puisque le critère de la non-rentabilité est remplacé par celui de surconsommation et que des hôpitaux, on passe à la pratique privée.

Pour combattre la surconsommation, on veut programmer les appareils. Pour les obtenir, il faut en garantir leur plein emploi (cf. arrêté royal du 3 septembre 1979), ce qui ne peut manquer d'inciter à la surconsommation.

Dans un autre domaine, l'examen du projet 323, en ce qui concerne les critères de remboursements des médicaments, montre de nombreux exemples où la qualité thérapeutique risque d'être mise en péril.

«L'importance sociale» invoquée à côté «de l'utilité thérapeutique pour fixer le choix des médicaments plus ou moins remboursés ou non remboursés ne coïncide pas toujours avec les intérêts exclusifs de la santé des malades».

Le Conseil national constate en outre que le gouvernement a l'intention de soustraire l'introduction d'un carnet de santé à la compétence du Conseil technique médical, qui ne conserverait qu'un droit d'avis, pour la confier au pouvoir exécutif.

En instaurant dans le cadre de la loi programme, le système d'un carnet de santé (ou carnet de prestations) le gouvernement pense réaliser des économies, sans doute en évitant la répétition superflue de certains examens.

Le Conseil national approuve pleinement la lutte contre les excès de consommation. D'ailleurs, les conseils provinciaux de l'Ordre ont, ces dernières années, lourdement sanctionné les médecins qui gaspillaient les fonds de la communauté de manière irresponsable, en violant les articles 36 et 103 du Code.

Article 36:

Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique.

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

Article 103:

Sans préjudice de l'article 36, alinéa 1er, relatif à la liberté diagnostique et thérapeutique, le médecin doit être conscient de ses responsabilités sociales. L'existence d'une assurance privée ou publique ne doit pas l'amener à déroger aux prescriptions de l'article 36, alinéa 2, visant les abus de la liberté diagnostique et thérapeutique.

En se cantonnant dans une lutte qui ne peut avoir qu'une efficacité illusoire contre la surconsommation, l'on risque de négliger une série d'autres facteurs sur lesquels le Conseil national désirerait attirer l'attention.

Le carnet de prestations peut fournir des renseignements sur le nombre des examens pratiqués mais non sur leur qualité et leur fiabilité. Il ne faut pas oublier que la répétition d'examens est parfois indispensable à l'établissement d'un diagnostic.

La communication des dossiers prévue à l'article 41 du Code de déontologie reste le meilleur moyen d'éviter la répétition des examens inutiles, tout en assurant la qualité des soins.

Article 41:

Le médecin est tenu, à la demande ou avec l'accord du patient, de communiquer, dans un délai rapide, à un autre praticien traitant, toutes les informations utiles et nécessaires pour compléter le diagnostic ou pour poursuivre le traitement.

SECRET MEDICAL

Il existe de nombreuses objections contre le fait de remettre son «carnet de santé ou de prestations» au patient. Celles ci sont psychologiques et déontologiques.

Dans notre pays, le patient consulte facilement un autre médecin et il n'est pas toujours disposé à l'avouer au premier médecin qu'il avait consulté ou à son médecin traitant.

Il est clair qu'il peut exister des abus à cet égard, mais l'existence de ceux ci ne doit pas entraver cette liberté.

De plus, un patient doit pouvoir consulter un médecin sans que sa famille en soit nécessairement mise au courant. A titre d'exemple, le Conseil national a toujours défendu l'idée qu'un adolescent puisse consulter un médecin sans devoir en informer ses parents.

En outre, il est illusoire de penser que, malgré les interdictions, le carnet de santé ne jouerait pas un rôle important lors de l'examen d'embauche.

Enfin, il existe un risque que le carnet de santé soit saisi lors d'une enquête policière ou judiciaire.

L'instauration du carnet de santé représente un danger pour le respect du secret médical. Ce secret ne vise pas, comme on se plaît souvent à le répéter, la protection du médecin. Il est d'ordre public, c'est à dire instauré dans l'intérêt de tous.

Sur un autre plan, il est évident que tel qu'il est conçu, le carnet de santé est une immixtion dans la vie privée.

Après examen du projet de loi, le Conseil national constate que la commission médico mutualiste national et le Conseil médical technique, où les médecins avaient un rôle déterminant à jouer, ont perdu à ce point de leur importance, qu'ils ne peuvent plus garantir réellement la concertation et sont réduits au rôle de «boîtes à idées», sans autre forme de participation sérieuse. Le Conseil national peut comprendre que le fonctionnement de ces deux organismes ne répondait pas toujours à l'attente du gouvernement mais il est convaincu qu'il est possible de trouver des formules dont la base est la concertation.

Il est inacceptable à ses yeux que le Ministre de la Prévoyance sociale puisse, sur simple avis consultatif du Conseil technique médical, modifier la nomenclature, qui est une question technique impliquant des conséquences importantes pour la vie professionnelle et la qualité des soins.

Le Conseil national constate que le gouvernement ne consent à accorder qu'un rôle minimal aux médecins dans l'organisation de l'exercice de la médecine. Une organisation à laquelle le médecin n'est pas associé, ne peut garantir en rien une médecine de qualité conforme à la déontologie.

Le système à l'intérieur duquel on propose d'organiser l'exercice de l'art de guérir, devient de plus en plus coercitif là où jusqu'à présent la concertation et la consultation des médecins étaient le point de départ de toute politique et la garantie du niveau élevé de la médecine.

Le Conseil national partage les préoccupations du gouvernement en ce qui concerne les problèmes budgétaires de l'AMI.; il estime cependant qu'il convient tout d'abord de prendre des mesures visant à l'assainissement tant de l'AMI., que de la pratique médicale elle-même, sans porter atteinte ni à la qualité des soins, ni aux principes de base essentiels de l'exercice de l'art de guérir.

Le Conseil national, organe de droit public, n'a pas été consulté dans l'élaboration de dispositions qui ont une incidence sur la déontologie.

Le Conseil national, conformément à l'article 15, § 2, 2°, de l'arrêté royal n° 79 relatif à l'Ordre des médecins, se devait de donner son avis.