

Messieurs les Députés,
Monsieur le Vice-recteur,
Monsieur le Doyen de la Faculté de Médecine,
Mesdames et Messieurs les Professeurs de la Faculté de Médecine
Monsieur le Directeur général de la Santé et de l'Environnement de la Province de Liège
Monsieur le Président de la Commission Médicale Provinciale
Messieurs les Inspecteurs Généraux honoraires de l'INAMI
Messieurs les Présidents des Organisations professionnelles
Monsieur le Président du Conseil provincial de Liège de l'Ordre des Pharmaciens
Mesdames et Messieurs les membres des autorités judiciaires, civiles et académiques
Mesdames, Messieurs,
Chers Consoeurs et Confrères,

J'ai l'honneur et le plaisir, au nom du Conseil de l'ordre des Médecins de la province de Liège, de vous accueillir comme de tradition à cette cérémonie de prestation de serment des médecins diplômés cette année ainsi qu'à l'hommage aux médecins jubilaires inscrits à notre tableau.

Je présente les salutations respectueuses du Conseil Provincial à nos propres autorités ordinales :

Monsieur le Président du Conseil National et Président émérite près la Cours de Cassation
Monsieur le Vice-Président honoraire du Conseil National

Je remercie de leur présence :

Le Président du Conseil d'Appel
Le représentant de la province de Liège au Conseil d'Appel
Le Président du conseil provincial d'Anvers
Le Vice-président du conseil provincial du Brabant francophone
Le Président du conseil provincial du Brabant néerlandophone
Le représentant du conseil provincial du Hainaut
Le Président du conseil provincial du Luxembourg
Les Présidents honoraires de notre conseil

Mes jeunes collègues, je vous souhaite très sincèrement la bienvenue dans cette profession admirable, aux facettes multiples, aux satisfactions multiples mais aussi aux contraintes multiples. Si le rôle du Président du Conseil de l'Ordre des Médecins est notamment de vous rappeler certaines contraintes, cela ne doit pas vous faire perdre la conviction que vous allez faire un des plus beaux métiers du monde. J'en suis moi-même convaincu après 32 ans de pratique intensive de la gynécologie-obstétrique.

Mes chers jubilaires, je tiens à vous exprimer notre gratitude pour cette masse colossale de services rendus aux malades durant ces 50 dernières années.

Un des aspects les plus enthousiasmant de notre métier est la relation Médecin-Malade. Elle est le quotidien de la plupart des pratiques médicales et elle intéresse à la fois nos patients et les médecins. C'est la raison pour laquelle je souhaiterais vous entretenir de l'évolution de ce contact privilégié.

De paternaliste qu'elle était, cette relation a évolué avec complexité par rapport à la pratique de nos jours. Elle reste toutefois la base de la pratique médicale, nécessitant l'écoute et l'investissement en temps nécessaires pour recueillir la confiance et la confiance du patient, atouts indispensables pour établir le juste diagnostic et le traitement qui en résulte. Comme toute chose dans notre société, elle est maintenant influencée par de nombreuses réglementations et évolutions dont certaines peuvent nuire à l'obtention de cette confiance mutuelle entre le thérapeute et son patient. Il convient de faire la part des choses pour conserver la valeur humaine et scientifique de ce colloque singulier.

On distingue 3 périodes dans l'histoire de la relation médecin-malade :

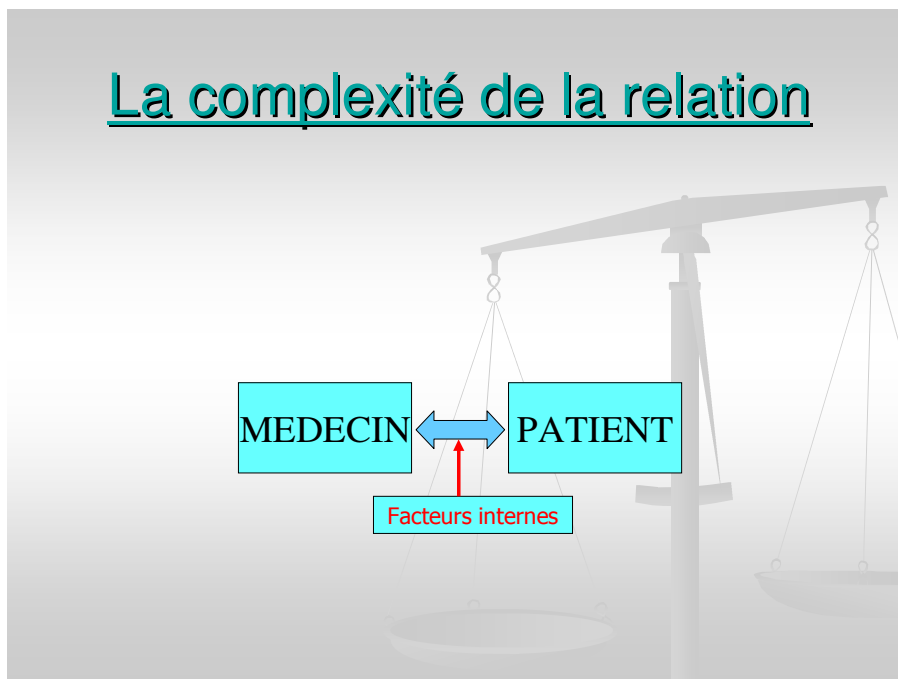
- Au 18^{ème} siècle, la médecine traditionnelle, d'Hippocrate, qui maintient le malade en position d'obéissance vis-à-vis du médecin.
- La période de transition du 18^{ème} et du 19^{ème} siècle caractérisée par un double mouvement inverse :
 - Les philosophes anglais et continentaux défendent les droits de l'individu à la vie et à la liberté ouvrant ainsi la voie à la notion d'autonomie du patient
 - Tandis que le développement de la science médicale, de l'hygiène, de la médecine préventive renforce le pouvoir médical empêchant l'évolution vers une relation « autonomiste »
- Ce n'est que dans la seconde moitié du 20^{ème} siècle que, sous l'influence de philosophes, sociologues, juristes et médecins surtout nord américains, le modèle « autonomiste » va peu à peu s'imposer inspirant les textes des juristes, législateurs et codes de déontologie.

Dans la relation « paternaliste », le principe de bienfaisance légitime une protection du patient : celui qui sait et qui soigne a la responsabilité de se substituer au malade pour faire son bien.

Dans le modèle « autonomiste », la liberté et le droit à l'autodétermination du patient doivent être pris en compte. L'objectif premier n'est pas de faire le bien du patient mais de respecter sa liberté en prenant les décisions qui le concernent dans le cadre d'une négociation contractuelle.

A de rares exceptions près, le modèle paternaliste tel que défini précédemment n'est plus applicable aujourd'hui et l'évolution, à juste titre, c'est faite vers le modèle « autonomiste » sous l'impulsion de 2 types de facteurs. Le premier type regroupe les facteurs internes à la relation c'est-à-dire émanant des 2 membres du couple soignant-soigné tandis que le second type comporte les facteurs externes émanant de la société.

La complexité de la relation



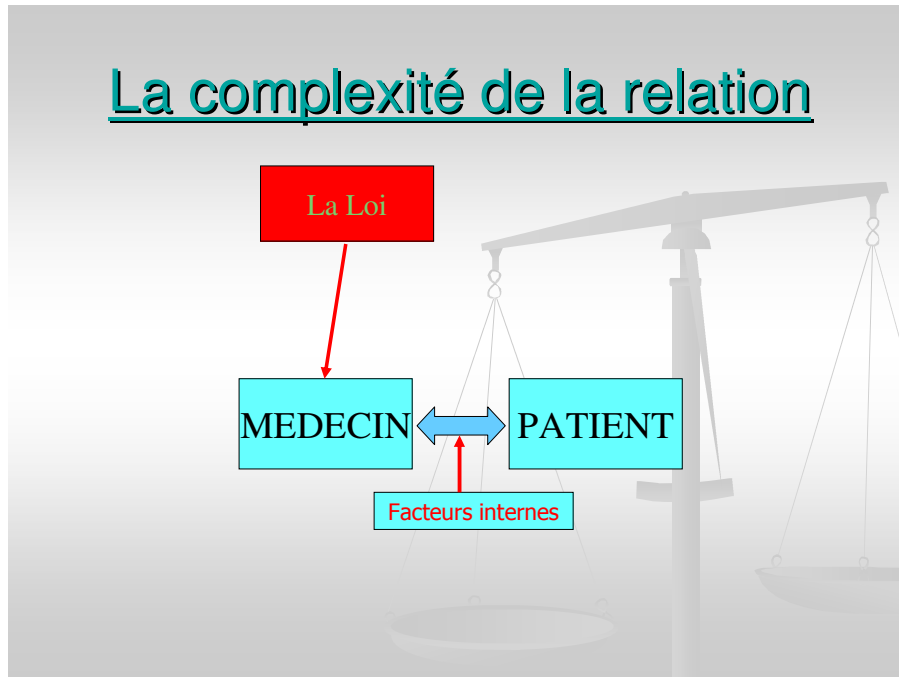
Les facteurs internes sont générés par l'évolution de la mentalité et de l'instruction de nos patients et des médecins.

Nous avons clairement perçu dans nos populations un accroissement de l'esprit matérialiste et de l'égoïsme. Les progrès de la médecine, relayés par les médias dans leurs aspects les plus sensationnels ont donné aux patients l'impression d'efficacité de la médecine quasi sans limite. La complication n'est plus un aléa, c'est une faute. Il en découle logiquement que l'on constate de plus en plus que le patient a tendance à affirmer : « Je paie donc j'exige d'être guéri » alors que ce devrait toujours être : « On me soigne, donc j'espère être guéri ». Le patient glane de nombreuses informations sur internet et dans les médias. Ceci engendre une modification de son comportement dans le sens d'un questionnement mais aussi très souvent cela se solde par une mauvaise identification des données qui lui sont applicables, qui plus est, sans possibilité de contrôle de la qualité de celles-ci. On en finit par oublier l'apport de ce que l'on n'apprend pas dans les livres : l'expérience.

Nous notons également une évolution certaine de la mentalité des médecins. Nos jeunes promus sont de la génération des loisirs, des 38 heures de travail par semaine. Bien qu'ils aient déjà appris à en faire beaucoup plus durant leur formation, il est normal que leur mentalité évolue suivant les mêmes caractéristiques que la population dans laquelle ils ont grandi, sans parler de la féminisation majoritaire de la profession qui a un impact bien compréhensible sur l'organisation du travail du médecin. Tous les chefs de services médicaux savent que la notion de qualité de vie est maintenant mise en exergue par une majorité de nos confrères, souvent même en début de carrière, alors que cette notion était absente il y a 25 ans.

Les facteurs externes modifiant la relation s'imposent de l'extérieur de celle-ci.

La complexité de la relation



Le législateur a jugé utile d'intervenir dans la relation médecin-malade par la promulgation de la loi sur les droits du patient du 22 août 2002. Il serait trop long d'entrer dans les détails de cette loi qui à elle seule constituerait l'objet de tout un exposé.

Elle établit, pour le patient :

Le droit à la prestation de services de qualité

Le droit au libre choix du patient

Le droit à l'information

Le droit de consentir librement à toute intervention du praticien

Le droit au dossier médical soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr

Le droit au respect de la vie privée

Le droit de plainte auprès du prestataire, de la fonction de médiation pour toutes les matières visées par cette loi et en justice.

Le droit de représentation du patient par les parents, tuteur ou mandataire désigné par le patient dans un document écrit, daté et signé.

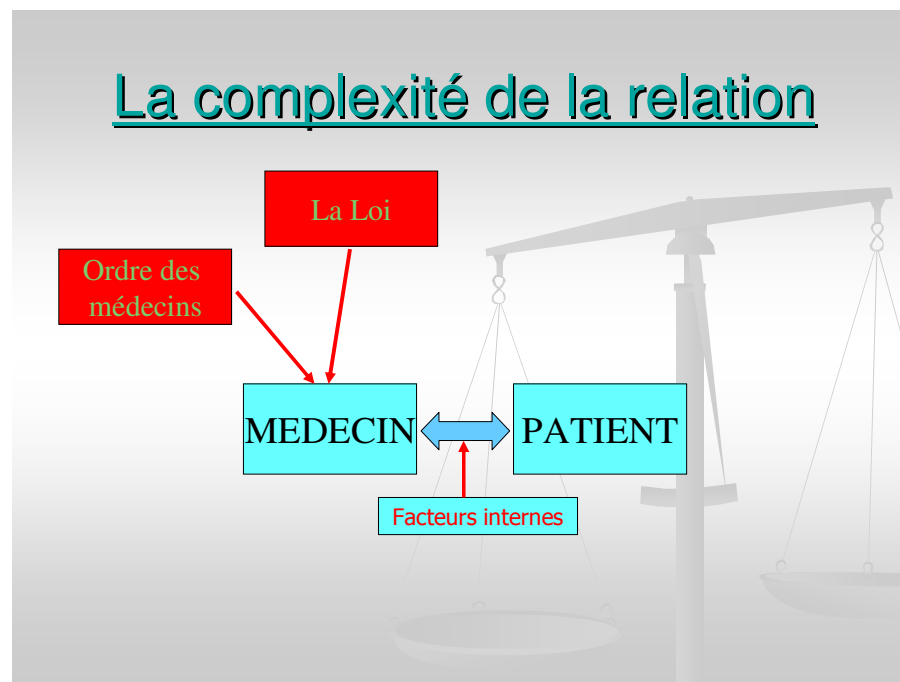
On peut regretter qu'elle ne spécifie aucun droit pour le praticien. Il est incontestable qu'aucun couple ne vit harmonieusement sans droits réciproques participant au respect mutuel.

En terme de communication avec le patient, la loi précise qu'elle se déroule dans une langue claire et qu'il peut être demandé au praticien que les informations données soient confirmées par écrit. Elle légalise la notion de consentement éclairé donné expressément par le patient. Il y est précisé que les informations fournies au patient concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel.

La loi précise également que ces informations sont fournies préalablement et en temps opportun . Elle établit le droit du patient à consulter son dossier médical sans intermédiaire et cela dans un délai maximal de 15 jours à dater de sa demande.

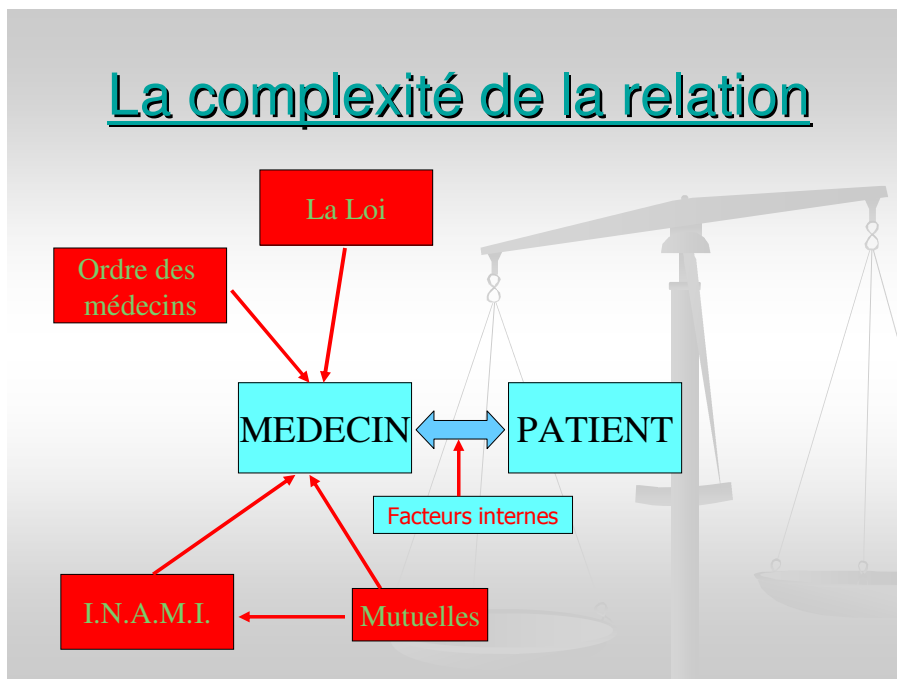
Il est maintenant question de légiférer sur la déclaration anticipée écrite du patient : « Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est en mesure d'exercer ses droits lui-même. »

Par exemple, un diabétique pourrait écrire qu'il refuse toute amputation . S'il est en coma diabétique et qu'une amputation est indiquée, il faut respecter sa décision . Je vous laisse imaginer l'état de conscience du médecin si la vie du patient en dépend. Il faut nécessairement qu'il arrive à considérer son patient comme un « corps-objet » pour pouvoir résister psychologiquement lui-même.



Bien avant 2002, le code de déontologie de l'Ordre des médecins consacre le libre choix du médecin par le patient . L'article 29 du code stipule que le médecin doit s'efforcer d'éclairer son malade sur les raisons de toute mesure diagnostique ou thérapeutique proposée. On y précise également que le médecin agit avec correction et compréhension, qu'il s'abstient de toute intrusion dans les affaires de famille, qu'il s'interdit de heurter les convictions philosophiques, qu'il ne prendra que des décisions dictées par sa science et sa conscience, qu'il doit tenir compte de l'aptitude du patient à recevoir et de l'étendue de l'information que celui-ci souhaite lorsque le pronostic est grave, qu'il y associe les proches du patient à moins que celui-ci ne s'y oppose.

La complexité de la relation

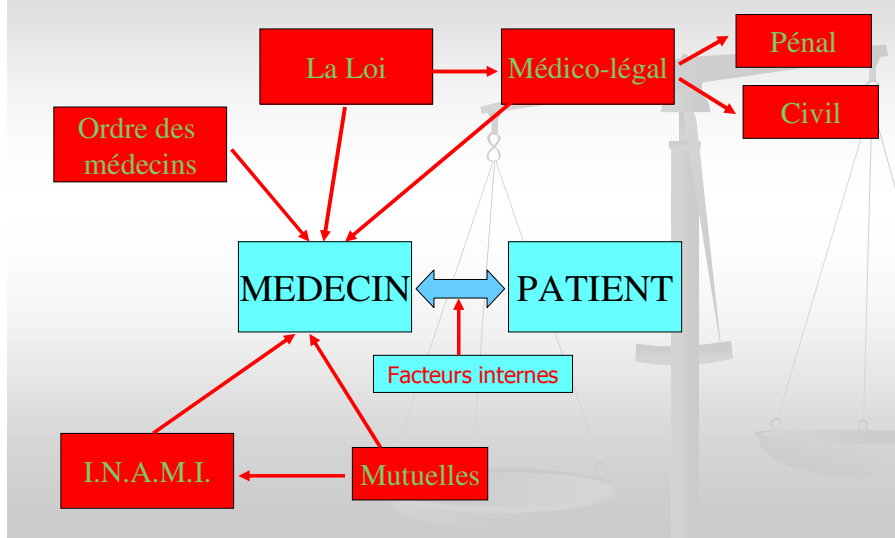


L'INAMI et à travers lui, le monde politique, modifie indéniablement la relation soignant-soigné par une pression permanente sur le plan économique, par l'instauration d'une espèce de rationnement. Les médecins et les patients doivent comprendre que si la santé n'a pas de prix, elle a un coût. Cette notion est d'ailleurs inscrite dans le code de déontologie. L'article 36 du code stipule : « Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique . 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. »

Les réglementations de l'INAMI vont maintenant bien plus loin. Les prestataires sont profilés et sont appelés à s'expliquer s'ils sortent de la moyenne en terme de prescription de biologie, d'imagerie ou de médicament. Ils sont sanctionnés s'ils ne prescrivent pas un pourcentage prédéterminé de médicaments bons marchés. Mieux encore, la loi vient de prévoir la possibilité pour le service de contrôle de l'INAMI de proposer des guidelines au comité national de peer-review, lui-même dépendant de l'INAMI, guidelines qui seraient alors opposables aux médecins par le service de contrôle de l'INAMI. Lorsque l'on observe les mesures prises à ce niveau, on constate facilement qu'elle sont essentiellement, voire exclusivement, motivées par un facteur économique et n'ont qu'un seul but : réduire les consommations . On peut donc légitimement se demander si la première phrase de l'article 36 du code de déontologie, « Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique . », est encore d'application. Loin de moi l'idée de contester l'existence d'abus et donc la nécessité de contrôles mais, où se trouve le juste milieu ?

Il faut ajouter que le droit donné aux mutuelles d'ester en justice pour le patient accroît la pression médico-légale sur le médecin.

La complexité de la relation

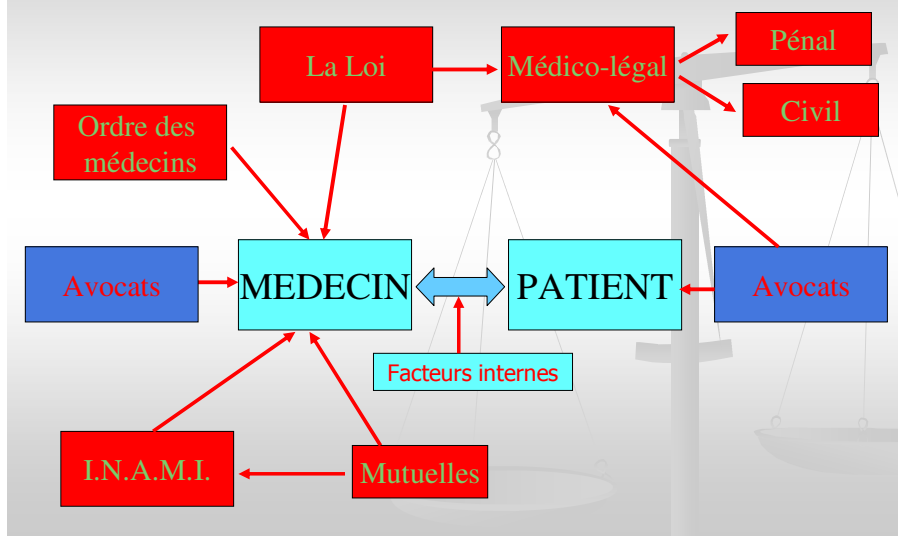


Mon sentiment est qu'il faut éviter un mode de relation « autonomiste » poussé à l'extrême. Il aboutirait inévitablement à une relation soignant-soigné strictement contractuelle, impersonnelle, réglementée par le Moniteur, de fournisseur à client, peu propice au climat de confiance mutuelle indispensable au traitement des problèmes touchant l'intimité du patient, finalement peu gratifiante pour le soigné comme pour le soignant.

De plus, la transformation de la relation thérapeutique en relation de service rassemble tous les ingrédients d'une dérive judiciaire où la relation contractuelle entre service de santé et consommateur de soins nuit à la confiance également nécessaire à la prise de décision partagée. Ceci est d'ailleurs perçu par le monde politique et justifie les débats depuis plus de 10 ans pour la mise en place d'un système d'indemnisation de la faute et de l'aléa médical plus standardisé en terme de procédure et forfaitarisé en terme d'indemnisation, ceci pour en diminuer les coûts.

Cette évolution risque de s'accompagner d'une déresponsabilisation des médecins qui ne se sentiraient plus soumis qu'aux seules obligations formelles de la loi avec la crainte constante de poursuites éventuelles. Ceci aboutit à une certaine déshumanisation et à la pratique d'une médecine défensive dont les méfaits sont bien connus Outre-atlantique. C'est la dérive américaine aboutissant à la nécessité pour le patient de s'entourer systématiquement du conseil d'avocats pour se faire soigné, la nécessité pour le médecin d'inclure un avocat dans toute association avec des primes d'assurance en responsabilité civile professionnelle de l'ordre de 100.000 € par an, à la pénurie de praticiens dans les disciplines à risque médico-légal.

La complexité de la relation



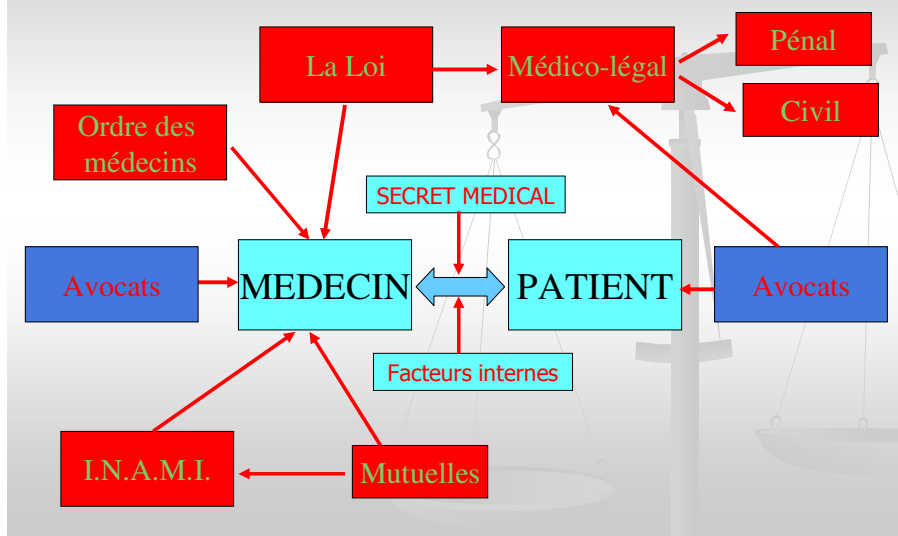
La médecine défensive dessert le patient . C'est le raisonnement médical et le traitement dans le but de réduire le risque médico-légal et non plus dans l'intérêt du patient. C'est la diminution du nombre d'obstétriciens parce que les risques médico-légaux de l'accouchement sont excessifs, c'est partiellement l'augmentation de l'incidence des césariennes, c'est la frilosité des jeunes chirurgiens à s'engager dans des interventions plus complexes.

Dans le même temps, la pression exercée sur le médecin pour qu'il réalise constamment des économies pourrait le pousser à une sous-consommation nuisible à la qualité des soins.

En Belgique, nous nous trouvons donc dans une situation contradictoire . Le médico-légal veut le tout, tout examen ou traitement non réalisé sera mis à charge de la culpabilité du médecin, et le politique veut le moins, les mêmes examens et traitements pourraient être considérés comme excessifs par l'INAMI. Le prestataire est donc dans une situation pour le moins inconfortable qu'il conviendrait de clarifier dans l'intérêt général.

Comme vous pouvez le constater, la relation soignant-soigné s'est profondément complexifiée d'autant qu'il faut ajouter la notion de secret médical à l'origine de nombreuses plaintes auprès de notre conseil de l'Ordre.

La complexité de la relation



Tout au long de cet exposé, nous avons observé, dans l'évolution actuelle de la relation médecin-malade, une réelle tension entre le principe d'autonomie et le principe de bienfaisance. Ces 2 principes devraient être plus complémentaires que contradictoires. Cette conciliation, cette recherche d'un équilibre, apparaissent bien nécessaires car les modèles « paternalistes » et « autonomistes » sont impraticables dans leur radicalité. Dans le premier, le patient réduit à la condition d'être faible et ignorant, s'en remet au médecin pour toutes les décisions concernant sa maladie. Dans le second, le médecin accepte de n'être plus qu'un prestataire de service à l'égard d'un patient dont les volontés, fussent-elles irrationnelles, doivent être en tout point respectées. Chacun de ces 2 modèles crée une relation fautive, ou plutôt nie la relation, car l'autre n'y existe plus en tant que sujet.

Mesdames, Messieurs, Chers Collègues, Chers patients et futurs patients, je vous invite à réfléchir à la recherche de cet équilibre qui me paraît fondamental pour l'avenir la médecine.

Pour conclure, j'insiste sur le fait qu'il ne serait pas juste que vous conserviez une connotation pessimiste de cet exposé. Toute chose évolue et il faut savoir s'y adapter. La profession médicale apporte encore chaque jour de grandes satisfactions par les contacts humains privilégiés qu'elle procure, par les succès diagnostics et thérapeutiques que vous obtiendrez grâce à l'enseignement qui vous a été délivré, base d'une formation continue à poursuivre, et de l'expérience à acquérir.

Mes chers jeunes collègues, n'ayez donc pas peur de vous investir énergiquement dans votre nouvelle mission au service des autres, vous en récolterez les fruits avec certitude.