

# BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

## ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL  
VOL. XVII  
MARS 2009

N° 123

### TABLE DES MATIÈRES

---

#### IN MEMORIAM PR SOKAL

*Pr G. Rorive*

---

#### EDITORIAL

*Pr G. Rorive*

---

#### AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- Code de déontologie médicale : article 173
  - MRS - Registre des visites à remplir par les médecins
  - Constitution et accessibilité des dossiers dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins pour personnes âgées
  - Médecin coordinateur et conseiller dans les maisons de repos et de soins
  - Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine
  - Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine
  - Certificat pour les unités de mammographie
  - Procédure de dépistage dans les unités de mammographie
  - Mammographie - Continuité des soins
  - Médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille
  - Anesthésies simultanées
  - Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance
  - Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales
  - Garde de médecine générale : participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique
  - Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments
  - Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008
  - Présence du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies
  - Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus
  - Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital
  - Réalisation d'anesthésies par un infirmier
  - Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat
  - Etudes non interventionnelles prospectives concernant des médicaments
- 

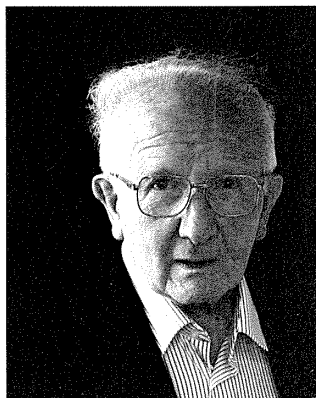
#### CHRONIQUE INTERNATIONALE

- Réunion CEOM OAS. Paris, 28 novembre 2008.  
*Pr G. De Roy*
- Assemblée générale de l'Association médicale mondiale. Séoul, 15-18 octobre 2008  
*Pr G. De Roy*

## PROFESSEUR GERHARD SOKAL (1<sup>er</sup> juillet 1927 – 29 janvier 2009)

Aucun homme n'est  
une île complète en soi-même.  
Tout homme est un fragment du continent,  
une part du tout...  
Si une parcelle de terrain est emportée  
par la mer, le monde en est amoindri.  
Comme si les flots avaient emporté  
un promontoire, le manoir  
de tes amis, ou le tien propre.  
Le mal de tout homme me diminue,  
parce que j'appartiens au genre humain.  
Aussi n'envole jamais demander  
pour qui sonne le glas: il sonne pour toi...  
John Donne.

### Gerhard SOKAL



1er Juillet 1927 - 29 janvier 2009

Le professeur Gerhard SOKAL est décédé ce 29 Janvier 2009.

Ce grand médecin aura marqué de son empreinte et de sa personnalité l'histoire de la Faculté de Médecine de l'Université de Louvain, spécialement de son service d'hématologie. Il a également contribué de manière significative au fonctionnement du Conseil national de l'Ordre des Médecins et particulièrement du Bulletin du Conseil national.

Né à Baden le 1er juillet 1927, le Pr G. Sokal a été diplômé docteur en Médecine à l'UCL en 1952. Spécialiste en Médecine interne en 1957, il s'est orienté plus spécifiquement vers le diagnostic et le traitement des pathologies hématologiques. Sa thèse d'agrégation, défendue en 1960, est consacrée aux plaquettes sanguines et à la structure du caillot. Titulaire de la chaire d'hématologie en 1975, il est désigné comme coordinateur de l'Oncologie dès 1978. Doyen de la Faculté de Médecine de l'UCL de 1979 à 1984, puis Président de l'école de Médecine, il a joué un rôle important dans le transfert de la Faculté de Médecine et le développement des Cliniques Universitaires Saint Luc à Woluwé. Il va y créer un service d'hématologie intégrant le laboratoire de recherche et les activités cliniques et en faire un centre de référence où seront formés un nombre impressionnant de collaborateurs.

Très proche de ses patients, le Pr G. Sokal est considéré comme un sage par ses pairs. C'est donc tout naturellement que la Faculté lui confie, en 1985, l'enseignement de la déontologie, charge d'enseignement qu'il assumera jusqu'à l'éméritat en 1992.

Nommé membre effectif du Conseil national de l'Ordre des Médecins le 18 juin 1982, il y représentera la Faculté de Médecine de l'UCL jusqu'en janvier 2001. Il a rempli cette

mission avec un engagement et une fidélité qui le caractérisent dans ses différentes fonctions. Ayant été son voisin de séance pendant les trois dernières années de ses mandats, je ne me souviens pas de l'avoir vu manquer une seule séance.

Rédacteur en chef du Bulletin du Conseil national de 1990 à 2001, il a rédigé un nombre considérable d'articles de grande qualité, portant sur des sujets d'actualités tels que l'euthanasie ou les droits du patient, mais aussi des sujets plus généraux comme la signification profonde de la profession médicale. Les lecteurs se souviendront des héros de ses articles, le docteur Jules X et son ami et patient Alfred. A travers ces deux personnages, G. Sokal exprime ses réflexions sur l'évolution de la médecine vers une technicité de plus en plus envahissante et de moins en moins humaine. On perçoit également, à travers ces écrits empreints d'un humour un tant soit peu sarcastique, ses expériences personnelles vis-à-vis de l'âge, de la retraite et de la maladie.

Les quelques lignes qui suivent, empruntées à un de ses derniers articles parus dans le numéro 88 du Bulletin, reflètent à souhait la conception que le Pr G. Sokal avait de la pratique médicale et de la relation médecin – patient.

*« A l'hôpital, Alfred fut dirigé d'emblée vers les soins intensifs. La machinerie médicale se mit en marche : radiographie, électrocardiogramme et tension en continu, voie centrale et sonde à demeure. Par de multiples fils et cathéters, il était prisonnier du système.*

*Le docteur Jules X s'approcha de son patient et ami, lui prit la main et le mit doucement au courant de la gravité de sa situation, des mesures proposées et du sombre pronostic.*

*Le meilleur témoignage d'accompagnement reste dans ces circonstances un témoignage d'amour. »*

Le Conseil national, et tout spécialement le comité de rédaction du Bulletin tient à rendre un vibrant hommage à ce grand médecin, à exprimer sa reconnaissance pour sa contribution à la profession et à témoigner à sa famille de sa très cordiale sympathie.

Prof. Georges RORIVE

Le bulletin version papier a vécu ! Vous consultez le premier bulletin dans sa version électronique.

Afin de faciliter l'adaptation, cette version est identique aux éditions papier. Dorénavant, sous la rubrique Bulletin ne figurera plus que la table des matières avec des liens permettant d'accéder directement et aisément aux avis parus durant le dernier trimestre. On trouvera également, à ce niveau, les actualités, les in memoriam que l'on espère peu nombreux. Les rédacteurs en chef utiliseront également cette possibilité pour transmettre des nouvelles importantes et des commentaires concernant les avis les plus significatifs.

Les avis les plus récents, les trois derniers mois par exemple, figureront dans la rubrique « news » comme c'est déjà le cas actuellement. Ils sont disponibles moins de 10 jours après la dernière séance du Conseil national. De cette manière, on évite un délai entre le moment où la presse fait état du contenu de ces avis et leur mise à disposition au niveau du bulletin. L'intérêt de la presse pour les aspects les plus sensationnels a parfois conduit à des interprétations erronées des avis et des intentions du Conseil national.

Certains, parmi les lecteurs, défendent la poursuite d'une version papier, à leur opinion plus facile à archiver pendant de longues périodes. Bien que tous les avis du Conseil national depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1976 restent disponibles sur le site, un recueil reprenant les avis accessibles à l'ensemble du corps médical, ainsi que les articles du Code de déontologie qui ont fait l'objet d'une modification, sera publié annuellement sous une forme qui reste à définir. De même, le comité de rédaction se penche sur un message informant les médecins des changements dans la procédure de diffusion des avis et sur les modalités pratiques d'accès au nouveau site Web du Conseil national.

Le numéro actuel, qui reprend les séances du Conseil national qui se sont tenues entre le 25 octobre et le 20 décembre 2008, compte pas moins de 21 avis portant sur des sujets les plus variés allant de l'accès au dossier dans les maisons de repos et de soins à la question de l'obligation de présence du radiologue lors d'examen en urgence. Certains de ces avis ont reçu de larges échos dans la presse et ont parfois suscité des réactions vives de la part d'une partie du corps médical, tel par exemple l'avis sur l'incompatibilité sur le plan déontologique entre les fonctions de médecin-chef et celles de directeur médical d'un hôpital ou encore le rappel des dispositions légales et réglementaires qui ont cours actuellement concernant la participation à la garde, le déplacement du médecin de garde et le triage par téléphone. Ce dernier rappel n'est en aucune manière incompatible avec les discussions en cours en vue de porter solution aux difficultés rencontrées dans l'organisation des gardes en médecine générale.

Enfin, dernière nouveauté, afin de faciliter la lecture et de remettre les avis rendus dans leur contexte, chaque avis sera dorénavant précédé d'une courte introduction, d'un chapeau résumant les termes de la question posée.

C'est peut être l'occasion de rappeler qu'en règle, le Conseil national ne se prononce pas sur une situation précise individuelle, mais émet des avis de portée générale. Les prises de position sur les situations individuelles demandent en effet une procédure d'information dont le Conseil national ne dispose pas et dès lors relève de la compétence des Conseils provinciaux.

Je vous souhaite une bonne lecture de cette nouvelle présentation du Bulletin et reste à l'écoute de vos réactions et commentaires.

*Pr G. RORIVE*  
*Rédacteur en chef*

## REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 25 OCTOBRE, 22 NOVEMBRE, 6 DECEMBRE ET 20 DECEMBRE 2008

Code de déontologie médicale : article 173  
MRS - Registre des visites à remplir par les médecins (25/10/2008)  
Constitution et accessibilité des dossiers dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins pour personnes âgées (25/10/2008)  
Médecin coordinateur et conseiller dans les maisons de repos et de soins (25/10/2008)  
Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (25/10/2008)  
Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (22/11/2008)  
Certificat pour les unités de mammographie (22/11/2008)  
Procédure de dépistage dans les unités de mammographie (22/11/2008)  
Mammographie - Continuité des soins (22/11/2008)  
Médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille (22/11/2008)  
Anesthésies simultanées (06/12/2008)  
Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance (06/12/2008)  
Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales (06/12/2008)  
Garde de médecine générale : participation obligatoire - Déplacement du médecin de garde - Triage téléphonique (06/12/2008)  
Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments (06/12/2008)  
Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 (06/12/2008)  
Présence du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies (06/12/2008)  
Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (20/12/2008)  
Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital (20/12/2008)  
Réalisation d'anesthésies par un infirmier (20/12/2008)  
Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat (20/12/2008)  
Etudes non interventionnelles prospectives concernant des médicaments (20/12/2008)

### **Code de déontologie médicale : article 173** - **MRS - Registre des visites à remplir par les médecins** (25/10/2008)

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national a modifié comme suit le Code de déontologie médicale en y ajoutant un alinéa 2 :

Article 173

§ 1er. Toute convention liant des médecins ou des sociétés de médecins à des non-médecins et qui est susceptible d'influencer les aspects déontologiques de l'exercice de sa profession par le médecin, doit faire l'objet d'un écrit qui ne peut être signé qu'après approbation du projet sur le plan déontologique, par le conseil provincial compétent. Il en est de même pour toute modification se rapportant à cette convention.

§ 2. La disposition précédente ne s'applique pas aux protocoles d'expérimentation médicale pour autant qu'ils soient soumis à l'approbation d'un comité d'éthique.

MOTS-CLES :

Maisons de repos et de soins - Médecin coordinateur - Médecin coordinateur et conseiller (MCC)

REFERENCE :  
a123001f

*Un médecin coordinateur et conseiller dans une maison de repos et de soins demande l'avis du Conseil national à propos de la feuille de registre que l'infirmière responsable doit faire remplir par les médecins lors de leurs visites.*

#### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question relative à un registre des visites à remplir par les médecins dans une maison de repos et de soins (MRS).

Le Conseil national estime qu'il n'y a pas

d'objection déontologique à ce que le médecin remplisse ce registre : l'information fournie doit toujours être correcte et conforme à la réalité.

Si une MRS juge ce registre des visites nécessaire pour répondre aux normes MRS, le Conseil national renvoie à la législation en vigueur<sup>1</sup> concernant les normes pour l'agrément spécial comme MRS.

Tous les médecins soignant un ou plusieurs résidents s'engagent à l'égard du gestionnaire à une collaboration la plus efficace possible à l'organisation médicale interne de l'établissement telle que décrite dans le règlement d'ordre intérieur au sujet de l'activité médicale. La convention visée est fixée par écrit et règle au moins les questions relatives à la perception des honoraires et aux réunions de concertation.

<sup>1</sup>21 SEPTEMBRE 2004 - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour.

Dans toute MRS, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller : celui-ci est un médecin généraliste et veille aux bonnes relations entre le corps médical et l'établissement, notamment par des réunions de concertation.

En ce qui concerne les éventuels problèmes ou les contestations de certaines mesures ou obligations, le Conseil national estime que le médecin coordinateur et conseiller peut jouer un rôle de médiation entre l'établissement et les médecins visiteurs pour arriver à un consensus sur la base du règlement d'ordre intérieur en tenant compte du cadre légal en vigueur pour les normes MRS.

## **Constitution et accessibilité des dossiers dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins pour personnes âgées**

(25/10/2008)

### **MOTS-CLES :**

Dossier médical - Maisons de repos - Saisie de dossiers médicaux - Secret professionnel

### **REFERENCE :**

a123002f

Certains médecins traitants exerçant dans des maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et des maisons de repos et de soins pour personnes âgées (MRSPA) estiment que les données du dossier individuel des directives médicales (DIDM) doivent être disjointes du dossier individuel de soins (DIS). Le ministère de la Région wallonne, direction générale de l'Action sociale et de la Santé considère toutefois qu'il est préférable d'inclure le DIDM dans le DIS. D'une part, le médecin a ainsi davantage de certitudes que ses recommandations ont été effectuées, et d'autre part, il assume ses responsabilités puisqu'il donne une traçabilité à ses interventions.

Il est également demandé au Conseil national de se prononcer à propos des problèmes que rencontrent les médecins inspecteurs (officiers de police judiciaire auxiliaires du procureur du Roi) lorsqu'ils souhaitent consulter le dossier médical dans le cadre de leur mission de contrôle de la bonne coordination des directives médicales et des soins administrés aux personnes âgées.

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté de votre lettre du 11 mars 2008.

Le Conseil national souhaite s'arrêter en premier lieu au cadre légal et déontologique du contenu, de la constitution et de la gestion des dossiers médicaux.

L'arrêté royal du 21 septembre 2004<sup>1</sup>

énonce que le dossier individuel de soins (DIS) « comporte les données sociales, médicales, paramédicales et infirmières du résident. Ce dossier, qui peut comporter plusieurs parties, doit être présent en permanence au sein de l'institution. Il doit être accessible à toutes les personnes autorisées ».

Ce dossier comprend divers types de données, dont des données médicales : « l'anamnèse, l'examen clinique à l'admission, le diagnostic, le traitement, l'évolution clinique et diagnostique, les médicaments prescrits ainsi que leur distribution. »

Cet arrêté royal prévoit clairement que le DIS peut comporter plusieurs parties : il n'est donc pas illicite que le DIS comporte, en plus d'un volet infirmier, un volet médical constituant une partie « disjointe ».

En outre, l'arrêté royal dit aussi que le DIS doit être accessible à toutes les personnes autorisées. Cet accès nuancé, *in personae*, explique la possibilité légale de faire une distinction entre certaines parties : en l'occurrence, le dossier médical et le dossier infirmier.

Une distinction analogue est faite dans les hôpitaux<sup>2</sup> où le dossier du patient se compose du dossier infirmier et du dossier médical. Il est logique que les deux dossiers soient constitués et conservés séparément, et que leur accès soit limité - pour chacun d'eux - aux personnes autorisées.

Le Conseil national estime que le médecin et les autres dispensateurs de soins en tant que personnes autorisées peuvent avoir des compétences complémentaires, mais que celles-ci ne sont certainement pas identiques : ni sur le plan légal, ni sur le plan déontologique.

Le patient a droit à un dossier soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr<sup>3</sup>. Ceci constitue un devoir individuel du praticien professionnel. Le médecin porte l'entière responsabilité du dossier médical.

La problématique de la relation de confiance entre le médecin et le patient - en matière de secret professionnel<sup>4</sup> - s'inscrit dans cette même loi relative aux droits du patient : le patient a droit à la protection de sa vie privée en ce qui concerne les informations liées à sa santé ; ceci s'applique à la constitution et à la gestion d'un dossier médical et à l'accessibilité des données médicales contenues dans ce dossier, ce dont le médecin décide *in fine* et porte la responsabilité

Le Conseil national estime important qu'il y ait une bonne collaboration entre les médecins et les autres dispensateurs de soins. Les soins médicaux dans une MRS sont dispensés dans un contexte pluridisciplinaire : « cela vaut lors de l'admission, pour laquelle une évaluation pluridisciplinaire de nature médico-

sociale est requise ; mais évidemment aussi dans la dispensation journalière des soins, tant médicaux qu'infirmiers, paramédicaux et/ou de kinésithérapie ».

Dans l'intérêt du patient, le médecin généraliste doit recourir en outre à la concertation pluridisciplinaire<sup>5</sup>.

Le caractère pluridisciplinaire d'une collaboration permet au médecin de partager avec et de communiquer aux divers autres prestataires qui soignent le patient (infirmiers, paramédicaux) toutes les informations nécessaires aux soins. Il faut présupposer que tous les dispensateurs de soins sont en l'occurrence liés par un secret professionnel « partagé », pour autant que cela entre dans le cadre de la dispensation effective des soins. Diverses formes de communication sont possibles, verbalement et par écrit.

Enfin, le Conseil national attire l'attention sur l'accessibilité des dossiers médicaux pour les médecins inspecteurs, dans le cadre de leurs missions légales<sup>6</sup>, en leur qualité d'officiers de police judiciaire.

Il s'agit en fait de procédures complexes de saisie de dossiers médicaux définissant les droits et obligations tant des médecins traitants que, par exemple, des médecins inspecteurs. Le Conseil national renvoie - à titre d'exemple - à des avis antérieurs en la matière<sup>7</sup> concernant notamment la saisie par le médecin inspecteur de l'Inami.

La finalité citée de l'article 20 du décret du 5 juin 1997 est très générale : « assurer la protection des personnes âgées ». Les questions qui se posent dans la situation exposée sont de savoir si « des plaintes médicales », et lesquelles, justifient légalement que ces médecins inspecteurs « prennent connaissance du dossier médical », suivant quelles modalités et conditions ils estiment (pouvoir) remplir leur mission envers toutes les personnes concernées, ou sont les seuls à avoir reçu cette compétence légale, le cas échéant par rapport à d'autres instances légales compétentes à divers niveaux.

<sup>1</sup>21 septembre 2004 - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour. Annexe 1 MRS point 3.b-c-d.

<sup>2</sup>3 mai 1999 - Arrêté royal déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre.

<sup>3</sup>22 août 2002 - Loi relative aux droits du patient. Art.9, 10.

<sup>4</sup>Secret professionnel, article 458 Code pénal

<sup>5</sup>22 août 2002. - Loi relative aux droits du patient. Article 4.

<sup>6</sup>5 juin 1997 - Décret relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées et portant création du Conseil wallon du troisième âge. Art.20.

<sup>7</sup>Avis CN - 20.03.1993 - Médecin-inspecteur de l'INAMI - Saisie de données médicales.



Le Conseil national émet par conséquent les plus grandes réserves en attendant d'être informé des procédures exactes de l'accès aux dossiers médicaux pour ces médecins inspecteurs.

### **Médecin coordinateur et conseiller dans les maisons de repos et de soins (25/10/2008)**

MOTS-CLES :

*Maisons de repos et de soins - Médecin coordinateur - Médecin coordinateur et conseiller - Médecins généralistes*

REFERENCE :  
a123003f

*Dans une lettre à son conseil provincial concernant sa désignation, un médecin coordinateur et conseiller demande des précisions concernant deux passages de l'avis du Conseil national du 7 juin 2008 (Bulletin du Conseil national n°121, p.5).*

#### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 7 juillet 2008.

En réponse à votre première question, comme cela a été mentionné dans l'avis du 7 juin 2008, la citation « Les médecins coordinateurs estiment que le mode de désignation du médecin coordinateur par le gestionnaire doit être revu. Ils souhaitent qu'une discussion ait lieu entre les gestionnaires et les cercles de médecins généralistes locaux de manière à ce que les médecins coordinateurs qui sont désignés soient ceux qui jouissent de la confiance de leurs confrères et du gestionnaire. » est tirée du rapport d'activités 2006-2007 du groupe de travail « Médecin coordinateur » de la commission des « Conventions Maisons de repos - Organismes assureurs ».

En ce qui concerne votre demande d'éclaircissements à propos du passage « Le droit de nomination appartient aux établissements mais, dans le contexte défini de représentation légale des médecins généralistes locaux et d'intégration des missions du coordinateur, les cercles de médecins généralistes doivent obtenir et/ou conserver un droit de présentation du (des) candidat (s) coordinateur(s). », le Conseil national renvoie à la motivation justifiant ses avis antérieurs (16 septembre 2000 – 26 juin 2004).

A cet égard une clarification est intervenue par l'agrément des cercles de médecins généralistes en vertu de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées à ces cercles, en particulier la mission décrite à l'article 3 : « Le cercle

de médecins généralistes agit en tant que représentant de la zone de médecins généralistes et est le point local de contact pour les médecins généralistes et pour la politique locale en vue de la mise en œuvre d'une politique de santé locale. »

Le Conseil national partage le souci d'une désignation du médecin coordinateur dans des conditions optimales pour une fonction de coordination remplie de manière collégiale avec les médecins généralistes.

C'est dans le même sens qu'est orienté le rapport précité de la commission des « Conventions Maisons de repos - Organismes assureurs » 2006-2007 où un rôle de premier plan est attribué aux cercles locaux de médecins généralistes.

C'est pourquoi le Conseil national estime nécessaire l'élaboration en consensus d'une procédure de désignation transparente des médecins coordinateurs, dans le respect des parties concernées : les maisons de repos d'une part et les médecins généralistes par l'entremise des cercles de médecins généralistes comme point de contact d'autre part, et donc en étant attentif au « droit de présentation » du cercle de médecins généralistes et au « droit de nomination » de l'établissement.

### **Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (25/10/2008)**

MOTS-CLES :

*Etudes rétrospectives - Expérimentations sur la personne humaine*

REFERENCE :  
a123004f

*Le projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (I) n° 149/01, déposé à la Chambre des représentants, le 16 octobre 2008, comporte des propositions de modifications de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (cf. également l'avis du Conseil national du 22 novembre 2008). Le 4 novembre 2008, le Conseil national adresse la lettre suivante, à madame L. Onkelinx, vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.*

#### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 25 octobre 2008, le Conseil national a pris connaissance du projet de loi portant dispositions diverses en matière de santé (I), déposé à la Chambre des représentants le 16 octobre dernier.

Le Conseil national estime que la modification proposée de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, reprise à l'article 88 du projet de loi, nuit aux intérêts des patients et contrevient à la nécessaire relation de confiance entre les médecins et le patient.

L'article 88 proposé tend à apporter deux modifications profondes à la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Dans les travaux préparatoires, on peut lire :

*Cet article tend à apporter deux précisions quant au champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.*

*D'une part, ceci concerne l'exclusion des études rétrospectives du champ d'application de cette loi.*

*D'autre part, ceci concerne essentiellement une simplification de la procédure pour les expérimentations liées à un objectif de qualité de l'activité des personnes qui exercent une profession telle que visée à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé et qui ont lieu à l'initiative d'un service public fédéral, d'un organisme d'intérêt public ou d'un organe créé en leur sein. Ceci concerne par exemple l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, le Centre d'Expertise Fédéral ou les collèges de médecins, tels que visés à l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.*

*Dans son avis, le Conseil d'Etat a remarqué que par rapport à ce passage, des questions pouvaient surgir à la lumière du principe constitutionnel d'égalité et de non-discrimination. A cette remarque, on peut répondre qu'en vue d'un soutien optimal à la qualité des soins de santé et d'une politique efficace de santé publique, il est absolument indispensable que les initiatives visées ne peuvent être remises en question par des procédures ou des conditions qui sont moins pertinentes pour des études ou expérimentations non interventionnelles. On ne touche cependant pas aux garanties essentielles pour la personne qui participe à l'expérimentation visée, mais les procédures sont bien simplifiées.*

*Le principe du consentement préalable du participant ou de son représentant, est remplacé par un système «opting-out», ce qui signifie que chacun peut s'opposer à la participation à l'expérimentation.*

*En cas d'expérimentation multicentrique, le système de l'avis unique reste d'application, mais la compétence des comités d'éthique qui sont attachés aux autres*

sites sur lesquels se déroulerait l'expérimentation, est supprimée.

*Des conditions spécifiques ne sont pas applicables pour les expérimentations par rapport aux personnes qui sont incapables de donner leur consentement ou les cas dans lesquels ceci est impossible pour des raisons d'urgence. Ces conditions ne sont en l'occurrence pas pertinentes en raison des catégories d'expérimentations visées dans ce paragraphe.*

En premier lieu, le Conseil national s'oppose à l'exclusion des études rétrospectives du champ d'application de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine.

Le Conseil estime en effet que rien ne justifie un pareil choix : aucun argument pertinent ne démontre que les études rétrospectives nécessitent de moindres garanties pour le patient que les études prospectives. Au contraire, les études rétrospectives méritent une attention particulière par leur seule nature : elles ne permettent en effet pas toujours l'obtention du consentement formel du patient si bien que des garanties spécifiques sont requises, tel l'examen par le comité d'éthique compétent.

L'exclusion du champ d'application de la loi du 7 mai 2004 des études rétrospectives conduirait à exclure l'effectivité des garanties procédurales contenues dans la loi et nuirait par conséquent aux intérêts des patients.

Le Conseil national vous renvoie à ce propos au courrier qu'il vous faisait parvenir le 16 octobre dernier, repris ci-joint.

En second lieu, le Conseil national considère que l'insertion proposée du § 3, à l'article 3 de la loi du 7 mai 2004, porte gravement préjudice aux intérêts des patients.

Cette insertion conduit à les priver de garanties indispensables, notamment eu égard à leur autonomie, dès lors qu'une expérimentation est réalisée par une autorité publique, non davantage définie, telle par exemple l'INAMI ou le KCE.

En vertu du second paragraphe en effet, l'ensemble des études rétrospectives menées par ces autorités sortiraient du champ d'application de la loi du 7 mai 2004. Et en ce qui concerne les études prospectives, les garanties procédurales découlant de cette loi se réduiraient à une peau de chagrin dès lors que la loi exclurait l'application des articles 6, § 1<sup>er</sup>, 8, 2<sup>o</sup>, 9, 1<sup>o</sup>, 11, § 3, 7<sup>o</sup><sup>1</sup>, § 7 et § 8.

Le Conseil national prend acte de la mise en place d'un système d'opting-out, signifiant certes que chacun peut s'opposer à l'expérimentation mais surtout qu'il ne doit pas y donner son consentement formel.

A propos de ce système, nous constatons en premier lieu qu'il ne s'appliquerait pas aux études rétrospectives dès lors que celles-ci sortiraient du champ de la loi du 7 mai 2004. On peut dès lors se demander dans quelle mesure un patient serait informé de la tenue d'une étude de ce type.

En ce qui concerne les études prospectives, le Conseil national estime que l'acceptabilité d'un système d'opting-out dépend nécessairement des garanties qui l'accompagnent du point de vue de l'autonomie de la volonté des patients. En l'espèce, ces garanties feraient cruellement défaut.

Le principe de l'opting out nécessite d'abord une réflexion quant à l'information à laquelle le patient a droit et quant aux modalités de transmission de celle-ci. Le troisième alinéa de l'article 3 proposé pose ainsi question : le médecin peut-il éthiquement, dans tous les cas d'expérimentations à l'initiative d'instances publiques telles l'INAMI ou le KCE, se contenter de communiquer au patient une information 'de manière générale'<sup>2</sup> ?

Le Conseil national est par conséquent d'avis que la teneur de l'information et ses modalités doivent nécessairement, pour chaque étude, être évaluées par le comité d'éthique de l'hôpital où l'expérimentation a lieu. Il s'agit là d'une garantie procédurale au profit des patients.

Dans cette mesure, il est absolument nécessaire que les paragraphes 7 et 8 de l'article 11 de la loi du 7 mai 2004 restent pleinement d'application aux expérimentations menées par les autorités visées au paragraphe 3 de l'article 3 de la loi du 7 mai 2004, tel que proposé.

En outre, il est éthiquement requis que le comité d'éthique puisse effectivement évaluer l'efficacité et l'exhaustivité des informations écrites à fournir au sens de l'article 11, § 4, 7<sup>o</sup>. Une dispense d'application de cet article aux instances publiques n'est pas raisonnablement justifiée.

Le Conseil national est dès lors d'avis que l'article 88 doit être retiré du projet de loi.

cc : Chefs de groupes politiques de la Chambre des Représentants et du Sénat.

Clinical Trial Task Force  
Comité consultatif de bioéthique.  
Vlaams Patiëntenplatform

## **Etudes rétrospectives - Loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (22/11/2008)**

MOTS-CLES :

*Etudes rétrospectives - Expérimentations sur la personne humaine*

REFERENCE :

a123008f

*Suite à l'adoption, le 20 novembre 2008, en séance plénière de la Chambre des représentants, du projet de loi portant des dispositions diverses en matière de santé (I) n°149/01, le Conseil national adresse à tous les sénateurs la lettre suivante, où il exprime à nouveau sa préoccupation au sujet des modifications de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine envisagées dans ce projet de loi.*

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

Le 16 octobre dernier, le gouvernement a déposé à la Chambre des représentants le projet de loi (I) n° 149/001, portant diverses dispositions relatives à la santé.

Vous trouverez ci-joint une lettre que le Conseil national de l'Ordre des médecins a adressée à ce sujet le 4 novembre 2008, avec lettre jointe du 16 octobre 2008, à madame Onkelinx, vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé. Une copie de cette lettre a été envoyée aux présidents des groupes politiques de la Chambre et du Sénat.

Depuis lors, ledit projet de loi a été approuvé par la (les) commission(s) compétente(s) de la Chambre et adopté le 20 novembre dernier en séance plénière de celle-ci. Dans sa version légèrement modifiée, l'article 84 (anciennement article 88) du projet ne prend pratiquement pas en compte les remarques et propositions pourtant fondamentales aux yeux du Conseil national, formulées par celui-ci dans la lettre précitée.

Le projet de loi en question réglant une matière telle que visée à l'article 78 (procédure bicamérale optionnelle) de la Constitution, le texte adopté par la Chambre le 21 novembre 2008 (expiration du délai d'évocation le 8 décembre 2008) a été envoyé au Sénat pour examen éventuel.

<sup>1</sup>L'article 11, §3, 7<sup>o</sup>, n'existe pas. Le gouvernement vise ici manifestement l'article 11, §4, 7<sup>o</sup>.

<sup>2</sup>Entend-on par-là que les documents d'admission en hôpital doivent mentionner que des études y sont menées par des instances publiques, sans davantage de précisions ?

Vu l'importance de la matière concernée, le Conseil national estime de son devoir d'attirer (pour autant que nécessaire) à nouveau, votre particulière attention sur les arguments et points de vue développés dans la lettre précitée concernant les études rétrospectives et les études effectuées à l'initiative d'un service public fédéral, d'un organisme d'intérêt public ou d'un organe qui a été créé au sein de celui-ci par une loi ou un arrêté royal.

Il espère que le Sénat, en application des pouvoirs qui lui ont été conférés par l'article 78 de la Constitution, examinera le texte adopté par la Chambre et amendera celui-ci en tenant compte des éléments et des prises de position développés par le Conseil national.

Annexe :

**Lettre de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé - 6 janvier 2009 -**

Concerné : études rétrospectives dans le cadre de la loi sur les expérimentations

Monsieur le Président,

Votre lettre du 16/10/2008 concernant les circulaires 455 et 472 ainsi que votre lettre du 4/11/2008 concernant la modification proposée de la loi du 7/05/2004 ont retenu toute mon attention.

La discussion concernant l'applicabilité ou non, aux expérimentations rétrospectives, des dispositions de la loi du 07/05/2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine, n'est certainement pas neuve.

La nuance entre une étude non interventionnelle et une étude interventionnelle est certainement connue au sein de mon administration. Le législateur considère qu'un essai n'est pas interventionnel quand la recherche ne comporte aucune procédure supplémentaire de diagnostic ou de surveillance (article 2, 8°, de la loi du 07/05/2004). Comme vous l'écrivez, la différence entre une étude rétrospective et une étude prospective est une question liée à une situation dans le temps : une étude rétrospective traite de données déjà disponibles tandis qu'une étude prospective vise une recherche future.

La modification de loi proposée confirme cette précision déjà donnée dans les circulaires 455 et 472 : les expérimentations rétrospectives sortent du champ du champ de la loi sur les expérimentations. Du fait que les dispositions d'autres textes législatifs concernant la protection du patient et de l'individu continuent de s'appliquer (notamment la législation relative à la vie privée et le secret médical et/ou professionnel), une assurance

no-fault ne paraît pas nécessaire. En effet, des procédures spéciales ne sont pas appliquées au patient et le patient a été traité suivant les pratiques médicales courantes. Si toutefois des procédures supplémentaires s'avèrent nécessaires pour la récolte des données, l'expérimentation devient prospective, et les dispositions de la loi s'appliquent.

En ce qui concerne le deuxième aspect de la modification législative, il doit être clair que seules sont visées certaines expérimentations prospectives, non interventionnelles, à savoir celles qui sont réalisées par certaines autorités dans le cadre d'une politique de santé et qui visent exclusivement la qualité de l'exercice des professions des soins de santé. Comme précisé dans l'exposé des motifs et dans les débats au sein des commissions parlementaires compétentes, cet aspect de la modification législative est nécessaire pour que ces expérimentations nécessaires soient rendues possibles. J'ai donné mandat à mes services pour qu'il soit fait une application attentive et restrictive des exceptions contenues dans ces dispositions.

Je ne manquerai pas de faire évaluer en temps utile par mes services la loi du 7 mai 2004 et en particulier les modifications précitées.

(...)

Laurette ONKELINX, Vice-Première ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

**Certificat pour les unités de mammographie (22/11/2008)**

MOTS-CLES :  
Cancer - Mammographie - Publicité et réclame  
REFERENCE :  
a123005f

*Des unités de mammographie sont agréées dans le cadre du dépistage de masse du cancer du sein en Flandre. Il s'agit de services de radiologie ayant démontré leur adéquation à la qualité requise pour le dépistage de masse. Il existe pour l'instant 174 unités de mammographie agréées.*

*La question est posée de savoir si cet agrément - pour lequel un certificat est octroyé - peut être porté à la connaissance de la patientèle.*

**AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En ses séances des 4 octobre et 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le dossier « Dépistage flamand du cancer du sein : certificat pour les unités de mammographie ».

Le Conseil national considère qu'il n'y a pas d'objection déontologique à l'octroi

d'un certificat, pouvant être affiché dans la salle d'attente, à un service de radiologie répondant aux critères de l'arrêté du Gouvernement flamand du 2 février 2001 concernant l'agrément d'unités de mammographie et de centres de dépistage régionaux pour le dépistage du cancer du sein.

Les dimensions de ce certificat ne doivent pas dépasser le format A4.

**Procédure de dépistage dans les unités de mammographie**

(22/11/2008)

MOTS-CLES :  
Cancer - Mammographie - Médecine préventive  
REFERENCE :  
a123006f

*Des unités de mammographie sont agréées dans le cadre du dépistage de masse du cancer du sein en Flandre. Il s'agit de services de radiologie ayant démontré leur adéquation à la qualité requise pour le dépistage de masse. Il existe pour l'instant 174 unités de mammographie agréées.*

*Lorsque le radiologue de l'unité de mammographie constate sur la mammographie de dépistage une anomalie qui, selon lui, est clairement suspecte ou maligne, la procédure de dépistage doit-elle se poursuivre ?*

**AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En ses séances des 4 octobre 2008 et 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné vos questions du 4 janvier 2008 : « Existe-t-il un point d'appui déontologique permettant de déterminer la marche à suivre obligatoire ou la plus indiquée lorsqu'une anomalie est considérée comme suspecte ou maligne lors de la radiographie dans l'unité de mammographie ? Poursuivre la procédure de dépistage ou effectuer immédiatement un diagnostic complémentaire ou une combinaison des deux ? ».

Le radiologue a le devoir déontologique de suivre le *modus operandi* convenu au préalable dans la procédure de dépistage. La patiente en est d'ailleurs informée par la lettre d'invitation qui lui a été envoyée. Il n'est pas justifiable de sortir l'information relative à la femme concernée du programme de dépistage. Cela porte atteinte à la fiabilité des résultats de celui-ci. De plus, les centres de dépistage n'obtiendront pas les résultats escomptés. Cela peut même conduire en fin de compte à l'arrêt du programme. Un médecin collaborant à un programme de dépistage doit savoir qu'il y a lieu de penser aussi en termes de bénéfice social.



Le fait d'envoyer un rapport de l'examen au médecin généraliste dès la première lecture peut induire en erreur si la deuxième lecture - et peut-être la troisième - aboutit à une autre constatation. La communication d'une première lecture faussement négative rend le radiologue « co »-responsable si, de ce fait, le rapport définitif de l'examen de dépistage n'est pas lu.

Dans le cas d'une première lecture pathologique ou suspecte, il convient que le radiologue isole cet examen de la série des examens du dépistage et qu'il demande au centre de deuxième lecture de traiter ces constatations par priorité.

## **Mammographie - Continuité des soins** (22/11/2008)

**MOTS-CLES :**  
Cancer - Continuité des soins - Mammographie - Médecine préventive - Qualité des soins  
**REFERENCE :**  
a123007f

Des unités de mammographie sont agréées dans le cadre du dépistage de masse du cancer du sein en Flandre. Il s'agit de services de radiologie ayant démontré leur adéquation à la qualité requise pour le dépistage de masse. Il existe pour l'instant 174 unités de mammographie agréées. Il est établi qu'une comparaison avec des clichés antérieurs est essentielle lors de l'interprétation de mammographies. Quelles sont les mammographies antérieures devant être fournies au centre de dépistage du cancer du sein ?

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En ses séances des 4 octobre et 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné vos questions du 14 août 2008, libellées comme suit :  
« Y a-t-il un quelconque point d'appui déontologique permettant de déterminer si d'anciens clichés sont la propriété de la patiente, et s'ils ne peuvent en tant que tels être joints à l'envoi en vue de la comparaison avec les clichés récents pour la deuxième lecture en aveugle (clichés récents qui apparemment ne sont plus la propriété de la patiente, mais qu'elle peut réclamer pour une deuxième opinion) ? Ou peut-on, dans le cadre d'un dépistage de population de grande qualité, déroger à une éventuelle législation existante en la matière ? ».

Le Conseil national renvoie en l'occurrence à l'article 41 du Code de déontologie médicale : « 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 ».

Dans l'intérêt de la patiente, toutes les mammographies précédentes disponibles doivent être remises au centre de dépistage du cancer du sein.

## **Médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille** (22/11/2008)

**MOTS-CLES :**  
Consultation de dossiers médicaux - Dossier médical - Hôpitaux  
**REFERENCE :**  
a123009f

Une nouvelle organisation des services administratifs de l'autorité flamande est devenue opérationnelle le 1<sup>er</sup> avril 2006. Ces services ont été répartis en 13 domaines politiques, dont chacun comporte un département et un certain nombre d'agences autonomisées. L'Agence autonomisée Inspection de l'Aide sociale, de la Santé publique et de la Famille fait partie du domaine politique « Aide sociale, Santé publique et Famille ».

Un médecin inspecteur de cette Agence soumet au Conseil national quelques questions concernant le droit de consultation des dossiers médicaux lors de ses missions d'inspection dans les hôpitaux et d'autres institutions comme les maisons de repos et de soins (MRS) et les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA). Il soulève la question de savoir si l'article 58 du Code de déontologie médicale ne devrait pas être adapté.

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 22 novembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné cette lettre du 26 mai 2008 dans laquelle plusieurs questions déontologiques sont posées par un médecin inspecteur de l'Agence autonomisée interne de l'Inspection de l'Aide sociale, Santé publique et Famille.

En ce qui concerne la question au sujet du droit de consultation des dossiers médicaux dans un hôpital par le médecin inspecteur compétent de l'Agence autonomisée, le Conseil national estime que les médecins inspecteurs doivent pouvoir obtenir toutes les informations utiles pour leur permettre d'accomplir leur mission légale, et qu'ils ont donc aussi le droit de consulter les dossiers médicaux, moyennant le respect d'un certain nombre de conditions. Ainsi, ce droit de consultation ne peut être exercé que par un médecin inspecteur, étant donné qu'il est lui aussi lié par le secret professionnel, pour autant que les men-

tions personnelles et médicales ne soient pas nominatives dans le rapport et que l'accord du médecin traitant et du patient ait été obtenu.

Cette situation constitue une exception de même nature que celles mentionnées à l'article 58 du Code de déontologie médicale.

Le Conseil national estime en outre que, stricto sensu, l'article 58, § a, du Code de déontologie médicale ne doit pas être adapté, puisque, par analogie avec les médecins contrôleurs du service du contrôle médical de l'Inami, les médecins inspecteurs ayant cette fonction doivent exécuter leur mission légale dans le cadre de la garantie de la qualité des soins et doivent à cette fin recueillir toutes les informations utiles et nécessaires, à condition que ces informations soient strictement nécessaires à leur mission d'inspection.

En ce qui concerne la troisième question, à savoir si des dossiers médicaux peuvent être consultés également en dehors du milieu hospitalier dans le cadre de la surveillance devant être exercée par les médecins inspecteurs de l'Agence autonomisée interne, le Conseil national estime que l'inspection en dehors des hôpitaux peut aussi justifier la consultation de dossiers médicaux dans la mesure où elle est nécessaire à l'accomplissement de la mission légale à remplir dans le cadre de la qualité des soins à proposer, où les règles du secret professionnel sont respectées et où les conditions de consentement s'appliquant à votre question précédente sont réunies.

## **Anesthésies simultanées** (06/12/2008)

**MOTS-CLES :**  
Anesthésie - Infirmier spécialisé en anesthésie - Responsabilité du médecin  
**REFERENCE :**  
a123010f

L'arrêté royal du 27 septembre 2006 établissant la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier, mentionne en son article 1<sup>er</sup> le titre professionnel particulier « infirmier spécialisé en anesthésie ». Il n'y a à ce jour pas encore d'arrêts d'exécution pour ce titre professionnel.

Se référant, entre autres, à ce titre professionnel particulier, un infirmier travaillant dans le service « anesthésie » d'un hôpital interroge le Conseil national sur l'admissibilité de deux anesthésies simultanées.

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En ses séances des 22 novembre 2008 et 6 décembre 2008, le Conseil national

de l'Ordre des médecins s'est penché sur vos courriels des 26 mai et 15 août 2008 concernant la possibilité pour un anesthésiste de mener deux anesthésies simultanées, sous certaines conditions.

Après avoir analysé attentivement l'ensemble de vos arguments et la législation actuellement en vigueur en cette matière, le Conseil national maintient le point de vue qu'il a développé concernant cette problématique dans ses avis antérieurs.

Il vous renvoie plus particulièrement à ses avis des 8 mai 1982 (BCN n°30, p. 34) et 14 novembre 1998 (BCN n°83, p. 13).

Le Conseil national accordera toute son attention à l'évolution de cette matière eu égard à ses éventuelles implications déontologiques.

## **Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance** (06/12/2008)

MOTS-CLÉS :

Médecin généraliste - Service de garde - Service 100

REFERENCE :

a123011f

*Dans le cadre des règlements d'ordre intérieurs des services de garde de médecins généralistes, devant être soumis à l'approbation du conseil provincial, le problème est soulevé de l'accompagnement d'un patient dans une ambulance par le médecin généraliste de garde, hors du secteur de garde.*

*A cette question, posée par un sénateur, madame L. Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, a répondu qu'il n'y a aucune objection légale au fait que le médecin quitte le territoire de sa garde. Le cas échéant, le patient qui nécessite des soins urgents peut s'adresser au service 100. Sur le plan déontologique, la ministre estime que « Dans tous les cas, l'urgence avérée prime sur l'urgence potentielle ».*

*Un conseil provincial considère qu'un médecin généraliste n'a toutefois pas reçu la formation adéquate et n'a pas acquis la routine pour aider le « Paramédical Intervention Team » (PIT) à stabiliser le patient, et que la présence du médecin généraliste de garde ne sert dans ce cas qu'à couvrir la responsabilité du personnel infirmier du PIT. En ce qui concerne l'argument déontologique de la ministre, ce conseil provincial estime que c'est au médecin généraliste de garde qu'il appartient de juger si sa présence dans l'ambulance est nécessaire.*

*Le conseil provincial soumet le problème au Conseil national.*

## **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question.

D'une manière générale, tout médecin est légalement et déontologiquement tenu d'apporter une aide médicale - s'il est sollicité par un patient ou des proches ou requis par les autorités - à tout patient qui a besoin de soins médicaux urgents.

En ce qui concerne spécifiquement l'aide médicale urgente par le système d'appel unifié (« 100 »), il existe un cadre légal précis<sup>1</sup> offrant la réelle possibilité de requérir chaque médecin, et en particulier aussi le médecin généraliste de garde<sup>2</sup>.

En effet, un certain nombre de régions ne sont pas couvertes par un service mobile d'urgence (SMUR<sup>3</sup>) avec un médecin spécialisé en médecine d'urgence, mais uniquement par un Paramedic Intervention Team (PIT), avec un infirmier spécialisé à bord.

Dans le cas présent, le généraliste de garde n'est pas seulement requis - par le service 100 et le PIT - pour apporter les (premiers) soins médicaux, mais l'est apparemment également pour accompagner le patient dans l'ambulance jusqu'à un hôpital disposant d'un service de soins urgents spécialisés<sup>4</sup> (SUS). De ce fait, le médecin généraliste de garde peut parfois devoir se déplacer loin de son secteur de garde et n'être ainsi plus du tout disponible pour le service de garde.

L'appel au médecin généraliste de garde pour l'aide médicale urgente fait partie - sous conditions - des possibilités légales, déontologiques et pratiques.

Il est important que ces modalités spécifiques soient prévues dans le règlement d'ordre intérieur du service de garde organisé par le cercle de médecins généralistes (ROI). Ce règlement doit être contrôlé et approuvé au préalable par le conseil provincial de l'Ordre (CPO) et par la commission médicale provinciale (CMP).

Ceci implique que, comme le prévoit la loi, le cercle de médecins généralistes organisateur<sup>5</sup> ait préalablement conclu des accords précis à propos de ces modalités pratiques (ou ait pu le faire), formalisés dans un *protocole*<sup>6</sup> avec toutes les parties concernées :

- les hôpitaux disposant d'un service de soins urgents spécialisés (SUS) et d'un SMUR/PIT ;
- le service « 100 » ;
- la COAMU (commission d'aide médicale urgente - provinciale).

Il faut en cette matière prêter une attention particulière aux **points de litige**

## **suyvants :**

- la territorialité du « secteur d'intervention » de la COAMU par le SMUR/PIT, d'une part, et celle de la « zone de médecins généralistes » du service de garde des médecins généralistes, d'autre part, sont différentes et ne se chevauchent pas toujours ; pourtant c'est cette territorialité qui détermine le rayon d'action exclusif de chacun d'entre eux,

- la disponibilité 24/24 heures et 7/7 jours n'est pas encore garantie pour le service de garde des médecins généralistes, ni instaurée d'une manière générale ; ceci crée de réelles limites à la possibilité de faire appel au médecin généraliste de garde dans un système d'aide médicale urgente (entre autres le PIT) ;

- le médecin généraliste de garde doit être « disponible en permanence » pour sa mission spécifique, « à l'intérieur de la zone de médecins généralistes du service de garde » et « pendant toute la durée de la période » du fonctionnement du service de garde ; la plupart des ROI stipulent d'ailleurs expressément que le médecin généraliste de garde ne peut pas quitter ce territoire, précisément à cause du risque d'indisponibilité dans sa propre zone de médecins généralistes lors d'un nouvel appel dont la gravité/l'urgence ne peut a priori pas être présumée ni déniée ;

- le fonctionnement normal d'un service de garde auquel il est ainsi fait appel est, dans le contexte décrit, tellement compromis que la CMP devra sérieusement vérifier si les « besoins » en matière de service de garde ne se heurtent pas à une « carence » et à une « insuffisance » (arrêté royal n° 78, art. 9, § 2), et ce en concertation et en collaboration avec le cercle de médecins généralistes organisateur concerné ; médecins généralistes devant y participer pour pouvoir (continuer à) assurer qualitativement (tous) ces soins ;

<sup>1</sup>Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente, art. 4.

<sup>2</sup>Arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié, art. 6quinquies.

<sup>3</sup>Arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) pour être agréée.

<sup>4</sup>Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction «soins urgents spécialisés» doit répondre pour être agréée.

<sup>5</sup>Arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.

<sup>6</sup>Arrêté royal du 10 août 1998 instituant les commissions d'aide médicale urgente, art. 4.

- le médecin généraliste de garde a une mission spécifique : la « dispensation normale et régulière de soins à domicile » ; même s'ils sont plutôt exceptionnels, des appels urgents font également partie de cette prestation de services. Il n'est par conséquent pas si évident de faire systématiquement appel au médecin de garde pour l'aide urgente puisqu'une situation conflictuelle peut apparaître ou apparaîtra par rapport à la mission légale de fait en ce qui concerne l'emploi du temps et la charge de travail. Ceci a une influence déterminante sur la composition quantitative du rôle de garde et donc sur le nombre effectif de

- la compétence scientifique/médicale du médecin généraliste dans le domaine de l'aide médicale urgente est limitée et n'est certainement pas comparable à celle du médecin spécialiste en médecine d'urgence<sup>7</sup> ; le médecin généraliste ne peut donc pas être un ersatz (dans le projet PIT) du médecin spécialiste (dans le SMUR<sup>8</sup>) en cette matière ;

- l'aide médicale urgente par le SMUR (mais également par le PIT) a toutefois comme but principal de dispenser les premiers soins médicaux urgents sur place et de stabiliser ainsi le patient. C'est seulement lorsqu'un résultat suffisant aura été obtenu que le transport en ambulance vers l'hôpital pourra être envisagé. Dans l'autre cas, la pathologie est à ce point grave qu'une aide plus spécialisée sur place s'impose, si bien qu'un médecin spécialiste en médecine d'urgence vient quand même sur les lieux. Ceci doit être possible à la demande du médecin généraliste de garde qui n'arrive pas à maîtriser la situation médicale et qui donc sollicite cette aide spécialisée (comme cela se passe également dans la pratique journalière courante lorsqu'il est fait appel au SMUR) ;

- l'accompagnement d'un patient dans une ambulance par le médecin généraliste agréé est possible et prévu dans la nomenclature Inami. Mais normalement, il le fait « volontairement » uniquement pour ses propres patients et en dehors du service de garde. Seul le médecin généraliste est à même de juger si un accompagnement médical du patient est nécessaire. On ne peut donc pas si facilement l'imposer : ni le service « 100 », ni l'infirmier (spécialisé) ou l'ambulancier, qui n'ont aucune autorité médicale/hierarchique sur le médecin généraliste puisque ce dernier est précisément appelé à l'aide pour sa propre compétence médicale – autonome en tant que médecin ;

- la population doit être informée de façon correcte sur les possibilités et les limites de l'aide médicale urgente. Cela fait partie des missions du cercle de médecins généraliste organisateur en ce qui concerne le fonctionnement du service de garde.

Le Conseil national est en conséquence d'avis qu'en règle, le médecin généraliste ne peut s'écarter du territoire du service de garde de la zone des médecins généralistes et qu'il ne peut accompagner le patient dans l'ambulance, à moins de satisfaire aux conditions précitées.

## **Participation au service de garde - Incapacité pour raisons médicales** (06/12/2008)

MOTS-CLES :

Attestations de maladie - Certificat - Médecin généraliste - Service de garde

REFERENCE :

a123012f

*Dans le cadre des règlements d'ordre intérieur des services de garde de médecins généralistes devant lui être soumis pour approbation, un conseil provincial a analysé les différentes raisons pour lesquelles certains médecins généralistes estiment ne pas ou ne plus être en mesure de participer au service de garde.*

*Le cas est soumis au Conseil national d'un médecin qui, après avoir essuyé plusieurs refus à sa demande d'exemption pour raisons personnelles, a remis au responsable de l'organisation de la garde un certificat médical d'incapacité pour raisons médicales.*

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

Le règlement d'ordre intérieur (ROI) du service de garde est le document essentiel. Il a la valeur d'un accord contractuel entre parties - le cercle de médecins généralistes organisateur et le médecin généraliste exécutant - dont les droits et les devoirs doivent être exactement définis.

Le ROI doit décrire la procédure pour établir le rôle de garde. D'abord la liste des médecins généralistes participants. Cela comporte également les modalités de dispense légitime avec la description des critères admissibles et admis, fixés annuellement par l'assemblée générale du cercle de médecins généralistes en tenant compte des besoins du service de garde et du quorum nécessaire pour pouvoir accomplir cette mission.

Lorsqu'il souhaite une dispense, le médecin généraliste concerné doit en adresser la demande motivée au conseil d'administration du cercle de médecins généralistes.

La forme et le contenu de cette motivation - en l'occurrence la maladie ou des raisons médicales - ne sont généralement pas précisés dans le ROI.

Un certificat médical de maladie établi par un autre médecin traitant est-il abso-

lument nécessaire - et dans quelle mesure ne s'agit-il pas parfois de certificats de complaisance - ou dans certains cas, une déclaration personnelle du médecin concerné peut-elle suffire ?

. S'il s'agit de maladies aiguës, la problématique des dispenses n'entre pas en jeu. On peut admettre qu'il suffit que le médecin généraliste concerné le signale à temps au responsable du service de garde, qui s'occupe alors de son remplacement dans le rôle de garde. Le cercle de médecins généralistes peut dans ce cas décider que le collègue concerné devra, après sa guérison, rattraper ses tours de garde prévus.

. Pour des maladies chroniques, la « dispense » joue effectivement un rôle lors de la composition du rôle de garde.

Des pathologies prolongées ou mortelles rendant complètement impossible l'exercice de la médecine au jour le jour, semblent, - par extension au service de garde - une cause de justification évidente. On pourrait ici demander au médecin de remettre un certificat médical, en particulier avec mention de la durée de la maladie, afin de pouvoir en tenir compte pour le rôle de garde.

Certains médecins disent que, pour cause de maladie ou pour raisons de santé, ils ont une incapacité partielle et ne peuvent plus participer spécifiquement aux services de garde, mais qu'ils peuvent néanmoins encore exercer normalement au jour le jour. Une position discutable parce que, d'une part, on invoque une impossibilité sélective d'exercer la médecine, uniquement pour les weekends et les jours fériés, et, d'autre part, parce que la participation au service de garde de population fait partie intégrante des conditions d'agrément comme médecin généraliste, et du maintien de cet agrément (arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, art. 10, 4<sup>e</sup>).

Reste la question fondamentale de la valeur juridique d'un tel « certificat de maladie » dans la relation « contractuelle » décrite (cf. le ROI) entre le médecin généraliste de garde et le cercle de médecins généralistes organisateur. Ce certificat médical est utilisé dans ce contexte spécifiquement comme raison de ne pas devoir travailler - en l'occurrence, l'impossibilité complète/partielle d'exercer la médecine - pendant ce service de garde.

<sup>7</sup>Arrêté royal du 27 avril fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée

<sup>8</sup>Arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction " service mobile d'urgence " (SMUR) pour être agréée.

Il est clair que cette problématique est très délicate, et non le moins pour des raisons de secret professionnel ou de vie privée : que doit/peut présenter le médecin concerné au cercle de médecins généralistes comme preuve de cette motivation « maladie et/ou raisons médicales » et quelles sont les possibilités de contrôle a posteriori, qui peut faire ce contrôle, entre autres dans le cadre des compétences de la CMP et du Conseil provincial ?

Accomplir le service de garde est une obligation légale passible d'une sanction pénale aux termes de l'arrêté royal n° 78, art. 38, § 1, 3°, et une obligation déontologique, pour lesquelles interviennent respectivement la CMP et le Conseil provincial.

En particulier, la procédure pour l'arbitrage des contestations/différends doit être prévue dans le ROI : les compétences des instances de contrôle - Conseil provincial et CMP - doivent être définies de manière à ce que les parties litigantes, médecin généraliste et cercle de médecins généralistes, puissent recourir à une procédure cohérente et légitime, tenant compte des compétences respectives de toutes les parties concernées.

La délimitation des compétences du Conseil provincial et de la CMP relève d'une concertation bilatérale qui aboutira aux accords nécessaires à propos de la répartition des fonctions.

Il faut en particulier accorder de l'importance à la possibilité d'arbitrage, où les parties se rallient volontairement au règlement définitif d'une contestation ou d'un différend par cette procédure.

Dans le cadre de la problématique de la dispense controversée de participation pour raisons médicales, cette procédure d'arbitrage peut offrir une solution au caractère délicat de la possibilité de contrôle de ces raisons médicales, tout en respectant le secret professionnel. En effet, par cet arbitrage, les arbitres ont la possibilité de désigner des experts, en l'occurrence des médecins, qui peuvent émettre un avis en toute sérénité.

## **Garde de médecine générale : participation obligatoire - déplacement du médecin de garde - triage téléphonique** (06/12/2008)

MOTS-CLES :  
Appel téléphonique - Médecin généraliste  
- Service de garde

REFERENCE :  
a123013f

Le « *Syndicaat van Vlaamse Huisartsen* » (SVH) soumet quelques questions au Conseil national relatives au service de garde des médecins généralistes,

notamment à propos du point 7 de l'avis du Conseil national du 21 avril 2007 (Bulletin du Conseil national, n°116, p.9).

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté des questions que vous lui avez soumises.

#### **Question 1 : Participation obligatoire au service de garde : cadre légal et déontologique.**

Le service de garde de population est organisé suivant l'article 9, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Cet article fait référence à « la dispensation régulière et normale des soins de santé » et explicitement aussi « à domicile » : le service de garde de population a donc pour objectif principal les soins médicaux normaux tels que dispensés couramment par les médecins généralistes, en ce y compris les visites à domicile.

Cela n'est pas étonnant puisque, conformément à l'article 8 de l'arrêté royal n° 78, la continuité des soins pour les médecins généralistes est généralement assurée par d'autres médecins généralistes ayant la qualification requise de « médecin généraliste agréé » (cf. aussi les critères d'agrément) dans le cadre des services de garde organisés<sup>1</sup>.

Le patient a droit - durant le service de garde et dans le cadre de la continuité - à des soins analogues/équivalents, comme si les soins étaient dispensés par son propre médecin généraliste.

Les groupements de médecins généralistes constitués à cet effet sont les cercles de médecins généralistes, dont le statut légal est fixé par l'arrêté royal du 8 juillet 2008 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. Il appartient au groupe professionnel d'organiser ces services de garde, en toute autonomie mais aussi en toute responsabilité.

Dans le cas de carences dans le service de garde de population, la CMP (commission médicale provinciale, arrêté royal n° 78 précité, article 9, § 3) prendra les mesures nécessaires et, le cas échéant, fera appel au cercle de médecins généralistes local pour compléter le service de garde. Si l'insuffisance persiste, le CPM peut même obliger des médecins à participer à la garde et cette obligation est sanctionnée (arrêté royal n° 78 précité, article 38, § 1, 3°).

L'arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes définit clairement les conditions pour conserver cet agrément (article 10, 1°, 4° et 5°), parmi lesquelles

figure la participation au service de garde.

Les règles déontologiques concernant la participation au service de garde figurent au chapitre III du Code de déontologie médicale « Continuité des soins, services de garde et aide médicale urgente », en particulier à l'article 117.

D'une manière générale, les dispositions déontologiques correspondent aux obligations légales en vigueur de participation au service de garde.

#### **Question 2. Déplacement du médecin généraliste de garde**

Comme indiqué à l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 précité, le service de garde de population a pour finalité la dispensation régulière et normale des soins de santé, également à domicile. Cette dispensation n'a pas vraiment trait aux soins de santé urgents mais à des soins courants, journaliers de la pratique de médecin généraliste.

Le groupe professionnel est conscient du fait qu'un certain nombre de patients pourraient sans doute (aussi) venir à la consultation au lieu que le médecin généraliste ne se rende sur place, pour une visite à domicile, dans des conditions parfois difficiles. La visibilité publique des postes fixes de médecine générale - dans les agglomérations urbaines - y a déjà contribué, ainsi que la sensibilisation de la population (dans la pratique journalière de la médecine générale aussi) afin de se rendre toujours de préférence à la consultation, et de réserver la visite à domicile pour des circonstances exceptionnelles.

Cette position correspond à l'avis du Conseil national du 21 avril 2007 « Garde de médecine générale » (point 7) (BCN 116, p.9) mettant l'accent sur la qualité de la consultation par rapport à la visite à domicile, cette dernière étant de préférence réservée au patient « qui ne peut se déplacer ».

Le point épineux est le fait pour le patient de « ne pas pouvoir se déplacer » : il n'y a pas de transport médical organisé pour le service de garde de population des médecins généralistes, contrairement à la médecine intramurale et aux hospitalisations d'urgence pour lesquelles le concept de services ambulanciers agréés a été développé.

En attendant une éventuelle réglementation ambulancière analogue, même dans ce cas encore sous extrême réserve, le médecin généraliste doit donc se déplacer « à domicile », toujours à la demande expresse du patient ou de son entourage.

<sup>1</sup>Arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.

Le phénomène de « l'opportunité médicale » ou de la pertinence de la demande d'une visite à domicile ne concerne pas exclusivement le service de garde. Chaque médecin généraliste y est confronté aussi quasi quotidiennement dans l'exercice normal de sa pratique durant la semaine. La différence majeure est toujours que le médecin généraliste peut évaluer et juger, mieux et plus correctement, la demande pour ses propres patients.

Le demande de soins médicaux provient du patient - ou de son entourage proche - et le médecin généraliste doit toujours y donner une « suite utile », en particulier durant le service de garde pour des patients qu'il ne connaît pas : non par téléphone ou à distance, sans voir le patient, mais au contraire en procédant à un examen approfondi, personnel et physique afin d'éviter des plaintes du chef d'abstention coupable pour avoir ignoré une éventuelle pathologie grave.

Il ne fait aucun doute que la « visite à domicile » constitue - outre la « consultation » - un élément essentiel et à part entière de l'activité médicale normale du médecin généraliste, qui se différencie en cela de la médecine spécialisée.

La nomenclature des soins de santé (Inami) est par conséquent claire : on entend par visite au domicile du bénéficiaire, la dispensation demandée par le bénéficiaire à son lieu de résidence habituelle ou temporaire (...).

On ne peut donc contester qu'il s'agit d'un droit fondamental de chaque patient de demander, dans notre système de soins de santé, la visite à domicile d'un médecin généraliste, quel que soit le motif sous-jacent ou la pertinence médicale de cette demande. Cette appréciation médicale qualifiée ne peut d'ailleurs être donnée qu'après l'examen médical du patient concerné, et encore, par le médecin généraliste lui-même.

Le fait de ne pas donner suite à cette demande de soins, et certainement pendant le service de garde, expose le médecin généraliste à des retombées juridiques et déontologiques graves. Refuser la dispensation de soins - telle que définie par la loi (arrêté royal n° 78 précité, article 9) - porte gravement préjudice à l'image de la profession de médecin généraliste et ne satisfait pas à la mission des services de garde de population organisés par les cercles de médecins généralistes.

### Question 3. Triage au téléphone

Le triage au téléphone, même par un personnel non médical bien formé, n'est une solution ni légale ni déontologique au « rejet au sens strict » par un tiers de la demande de soins d'un patient réclamant expressément une visite à domicile pendant le service de garde, au motif

que le patient serait censé pouvoir se déplacer lui-même.

Comme le dit le Syndicaat van Vlaamse Huisartsen lui-même, un triage au téléphone, de surcroît par un non médecin, reste une « évaluation » de la situation du patient, mais sous la responsabilité finale « d'un médecin », en l'occurrence le médecin généraliste de garde.

En conclusion, le Conseil national estime que tous ses avis en matière de service de garde restent pertinents.

En particulier, l'obligation déontologique de participer au service de garde et l'obligation d'effectuer pendant le service de garde toutes les visites à domicile demandées, c'est-à-dire à la demande expresse du patient ou de son entourage proche, restent entières.

Le triage au téléphone, comme la proposition de faire purement et simplement rejeter des demandes, en l'occurrence la visite à domicile, par un tiers non médecin, est peu pertinent et compromet la responsabilité finale du médecin généraliste de garde.

## **Information par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments** (06/12/2008)

**MOTS-CLES :**  
*Industrie pharmaceutique - Médicaments - Publicité et réclame*  
**REFERENCE :**  
a123014f

*Le doyen d'une Faculté de médecine et des sciences de la santé souhaite connaître la position du Conseil national concernant une proposition de directive européenne modifiant la directive 2001/83/CE qui permettrait l'information du public par l'industrie pharmaceutique à propos de médicaments.*

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 20 octobre 2008.

La Commission européenne a déposé une proposition de "Directive of the European Parliament and of the Council amending, as regards information to the general public on medicinal products subject to medical prescription, Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use" (cf. annexe). La proposition de loi sera maintenant débattue au Parlement européen et en Conseil des ministres.

Cette proposition a pour but de donner à l'industrie pharmaceutique la possibilité d'"informer" directement le public à propos des médicaments soumis à pres-

cription. Ceci réduit à néant l'interdiction de faire de la publicité pour de tels médicaments.

Aux termes de l'article 9 de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments sont interdites toute publicité relative à un médicament qui n'est pas enregistré et toute publicité destinée au public quand elle se rapporte à un médicament qui ne peut être délivré que sur présentation d'une ordonnance médicale.

Le Roi peut, dans l'intérêt de la santé publique, réglementer la publicité destinée au public ou la soumettre à des interdictions. Il y a été donné suite par la promulgation de l'arrêté royal du 7 avril 1995 relatif à l'information et à la publicité concernant les médicaments à usage humain. Cet arrêté royal dispose que la publicité pour des médicaments doit être vérifiable et doit favoriser l'usage rationnel du médicament en le présentant de façon objective et sans en exagérer les propriétés. Il précise que cette publicité ne peut être trompeuse.

Parce que l'industrie pharmaceutique informe le public en termes généraux à propos des médicaments et que cette information peut être source d'imprécision et de confusion pour le patient, le Conseil national estime que seuls les médecins et les pharmaciens sont les personnes indiquées pour apporter objectivement au patient une information personnalisée pendant la prescription.

Un avis qualifié est souhaitable en raison notamment des effets secondaires ou des interactions qui peuvent apparaître lors de la prise de médicaments différents.

Le Conseil national est dès lors partisan du maintien de l'interdiction de faire de la publicité pour des médicaments soumis à prescription.

Le Conseil national saisit cette occasion pour souligner la nécessité de réguler la publicité des produits délivrés sans prescription.

## **Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008** (06/12/2008)

**MOTS-CLES :**  
*Garde médicale - Médecin généraliste - Qualité des soins*  
**REFERENCE :**  
a123015f

*A la demande de deux médecins, le Conseil national a décidé d'adapter l'avis qu'il a émis le 4 octobre 2008 concernant les gardes de médecine générale.*

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

**Modification de l'avis du 4 octobre 2008 concernant les gardes en méde-**

## **cine générale :**

(le paragraphe modifié au point 2. est imprimé en caractères gras)

En sa séance du 4 octobre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 23 novembre 2007 concernant les conclusions de travail d'une Commission d'information concernant les gardes en médecine générale.

Le Conseil national émet les commentaires suivants.

### **1. Définition de la continuité des soins et du service de garde en médecine générale.**

Apparemment, il y a une confusion d'interprétation entre la « participation » effective au service de garde et les moyens de « communication » (point 3).

Le médecin généraliste de garde ne doit pas seulement être à tout moment « joignable » (quel que soit le moyen de communication), il doit surtout donner une suite adéquate à la demande de soins pendant le service de garde : une distinction nette doit être opérée entre la « consultation téléphonique » citée et « l'exécution concrète de la mission de garde » lors de chaque demande de soins.

On ne peut qu'émettre des réserves sérieuses – légales et déontologiques – quant à la « consultation téléphonique » telle que présentée, comme alternative à part entière à une visite effective, surtout dans le cadre du service de garde où le généraliste de garde ne connaît (généralement) pas le « patient ».

### **2. Notion de compétences en médecine générale.**

Les qualifications des « médecins de médecine générale » et des « médecins généralistes agréés » sont régies par les prescriptions de l'INAMI en la matière (nouvelles dispositions 1<sup>er</sup> juillet 2006) pour les numéros (000>009) : <http://www.inami.fgov.be/care/fr/infos/infobox/pdf/part2.pdf>.

Les médecins « de médecine générale » qui sont inscrits à l'Ordre après le 31 décembre 1994 et avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005 ont un numéro INAMI se terminant en 009 : ils ne peuvent compter que des « consultations ».

La participation au service de garde constitue un critère d'agrément des médecins généralistes (arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes). **La participation au service de garde de médecine générale requiert que le médecin généraliste soit agréé ou qu'il soit candidat généraliste en formation suivant les conditions de l'article 8 de l'arrêté ministériel du 21**

## **février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes.**

### **3. Utilisation des techniques de communication**

Les moyens de communication proposés sont pertinents. Il faut toutefois émettre des réserves en ce qui concerne la « consultation téléphonique » par l'intermédiaire d'une tierce personne non-médecin généraliste.

### **4. Gestion de l'appel**

Le traitement personnel de la demande de soins par le généraliste de garde a certainement la préférence. Il est essentiel de fixer des accords clairs avec le patient à propos de l'exécution pratique de la demande de soins : le patient vient-il en consultation ou est-ce le médecin qui fait une visite ?

#### **Conclusion :**

Les modalités de fonctionnement pratiques doivent être reprises dans le règlement d'ordre intérieur du service de garde, accompagnées des prémisses déontologiques nécessaires.

## **Présence du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies (06/12/2008)**

#### **MOTS-CLES :**

*Injections intraveineuses - Radiographies - Responsabilité du médecin*

#### **REFERENCE :**

a123016f

*Une infirmière soumet au Conseil national la lettre d'une équipe de techniciens en radiologie, dont certains sont infirmiers et d'autres pas. Ils se demandent sur qui repose la responsabilité des injections de produit de contraste qu'ils effectuent durant un examen radiologique sans la présence d'un radiologue.*

#### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 6 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté de votre demande d'avis, par courriel du 2 mai 2008, concernant la présence physique du médecin radiologue lors de la réalisation de radiographies qui requièrent l'injection intraveineuse de produits de contraste.

L'article 1<sup>er</sup>, § 4bis, de l'arrêté royal du 25 juillet 1994, qui est une annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dispose que, lors de la réalisation d'une radiographie :

- l'infirmier(ère) agréé(e) pour la radiolo-

gie ou le(la) radiotechnicien(ne) effectue ses examens sous la surveillance et la responsabilité du médecin radiologue ;

- la présence physique du médecin radiologue est requise, pour les actes thérapeutiques, pendant toute la durée du travail de ses auxiliaires qualifiés, et pour les actes diagnostiques, pendant la durée du travail de la plupart de ses auxiliaires, ce qui veut dire pendant les heures d'ouverture normales du service de radiologie (tant en privé qu'en radiologie hospitalière);

- en dehors des heures d'ouverture normales du service RX de l'hôpital, la présence physique du radiologue n'est pas requise, pour autant que le remboursement forfaitaire maximal type 3 ne soit pas réclamé.

Mais la continuité des soins doit être assurée en permanence par un médecin radiologue de garde joignable ou appe- lable pour un avis urgent au sujet des prestations techniques effectuées ;

-en tout cas, toutes les prestations techniques effectuées doivent être protocollées dans les 24 heures.

L'injection intraveineuse de produits de contraste contenant de l'iode doit être effectuée sous surveillance médicale. C'est au médecin radiologue seul qu'il incombe de décider si l'examen demandé doit ou ne doit pas être effectué avec une injection de contraste. Lui seul juge de la technique d'examen la plus efficace.

Les principales complications sont l'ex-travasation de produit de contraste à hauteur de la ponction veineuse, mais surtout des problèmes d'allergie qui, dans des cas rares, peuvent même conduire à un choc anaphylactique léthal. L'identification de ces complications est un diagnostic médical et ne peut dès lors être déléguée à un collaborateur non-médecin. Ceci requiert que le médecin appelé soit sur place. Mais il peut être fait appel à un confrère compétent non radiologue pour la surveillance du patient. Cela suppose toutefois des accords préalables clairs entre confrères.

Annexe : art. 17 et 17bis de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités



**Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus**  
(20/12/2008)

MOTS-CLES :  
Détenus - Libre choix du médecin  
REFERENCE :  
a123017f

La loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus nécessite des arrêtés d'exécution.

Le conseiller général auprès du service de Santé pénitentiaire, SPF Justice, soumet au Conseil national deux projets d'arrêté royal concernant cette loi de principes ainsi que les deux avis du Conseil pénitentiaire de la santé à ce sujet.

**AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 25 août 2008.

Dans cette lettre, vous demandez l'avis du Conseil national concernant deux avant-projets d'arrêté d'exécution : l'un a trait à l'article 91, § 3, de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, l'autre à l'article 93, § 4, de cette loi.

Le Conseil national émet l'avis suivant.

**1. L'avant-projet concernant l'article 91, § 3, de la loi de principes :**

Cet avant-projet précise les règles relatives à la visite au détenu par un médecin de son choix.

1) L'article 91 de la loi de principes contient deux possibilités :

**Situation a)** un médecin librement choisi intervient comme consultant, auquel cas le médecin de la prison reste le médecin traitant (article 91, § 1<sup>er</sup>).

**Situation b)** un médecin librement choisi intervient comme médecin traitant au lieu du médecin de la prison (article 91, § 2).

Cette dernière possibilité est certes citée à l'article 7 de l'avant-projet.

Le Conseil national suggère néanmoins que l'attention soit expressément attirée dans les établissements pénitentiaires sur la différence fondamentale entre la fonction et la responsabilité du médecin de la prison et celles du médecin librement choisi, selon qu'il s'agit de la situation a) ou de la situation b).

2) L'article 7 de cet avant-projet dispose que les **frais** relatifs à l'intervention d'un

médecin librement choisi sont **en principe à charge du détenu**.

Le Conseil national estime que le régime financier ne peut engendrer une discrimination au détriment de détenus non nantis.

Le Conseil national estime en outre que l'exclusion de tous les détenus (également en détention préventive) de l'assurance maladie (et de toutes les autres formes de sécurité sociale) à partir du moment où ils entrent en prison, même s'ils sont en ordre de cotisation à la sécurité sociale, est une cause d'un accès encore incomplet et pourtant imposé par la loi (article 88 de la loi de principes) à des soins équivalents à ceux dispensés dans la société libre.

**2. L'avant-projet concernant l'article 93, § 4, de la loi de principes**

Le Conseil national partage les remarques formulées par le Conseil pénitentiaire de la santé dans son avis 2008/1 du 10 avril 2008.

**Incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital**

(20/12/2008)

MOTS-CLES :  
Hôpitaux - Médecin-chef  
REFERENCE :  
a123018f

La commission « Médecine hospitalière » du Conseil national de l'Ordre des médecins a élaboré en avril 2008 des recommandations « Missions du médecin-chef - Aspects juridiques et déontologiques ».

Ces recommandations sont basées sur la législation en vigueur, le Code de déontologie médicale et des avis antérieurs.

Plusieurs questions ont été soulevées lors de la rédaction de ces recommandations.

L'une de ces questions était de savoir s'il y a une incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de directeur de l'hôpital

**AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

La loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, traite notamment du gestionnaire et du directeur (cf. annexe).

L'article 8, 1<sup>o</sup>, de cette loi dispose que le gestionnaire est l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé de la gestion de l'exploitation de l'hôpital.

Suivant l'article 8, 2<sup>o</sup>, il faut entendre par

« directeur » la ou les personnes chargée(s) par le gestionnaire de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital.

La responsabilité générale et finale de l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire (article 16, de la loi sur les hôpitaux).

Dans chaque hôpital, il y a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire. Le directeur collabore étroitement avec le médecin-chef, le chef du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services techniques et avec le pharmacien hospitalier (article 17 de la loi sur les hôpitaux).

L'arrêté royal du 15 décembre 1987 (M.B. du 25 décembre 1987) portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, traite notamment des fonctions et missions du médecin-chef :

« Art. 2., § 1<sup>er</sup>. Par médecin-chef on entend le praticien de l'art de guérir responsable du bon fonctionnement du département médical de l'hôpital. Il est responsable de l'organisation et de la coordination générale de l'activité médicale à l'hôpital, en collaboration avec les médecins-chefs de service et le staff médical, telles qu'elle est élaborée par l'hôpital dans le règlement médical. »

La fonction de médecin-chef est légalement incompatible avec :

- la présidence du conseil médical (article 18 de la loi sur les hôpitaux) ;
- la qualité de membre du comité d'éthique médicale (article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 12 août 1994 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre) ;
- la fonction de médiateur (article 3 de l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre).

Le Conseil national constate, d'une part, qu'il n'y a légalement pas d'incompatibilité entre la fonction de médecin-chef et celle de directeur de l'hôpital et, d'autre part, que les fonctions et les missions du directeur et du médecin-chef sont différentes.

La nature de la mission du médecin-chef requiert qu'il joue un rôle de liaison entre les médecins hospitaliers, le gestionnaire et la direction de l'hôpital.

<sup>1</sup>Une nouvelle loi sur les hôpitaux pour un nouveau concept hospitalier. Considérations sur l'AR 407 de Jean-Luc DEHAENE, ministre des affaires sociales, juin 1986, pp.15, 16.

« Dans l'exercice de sa fonction, le médecin-chef devra toujours avoir à l'esprit la réalisation d'un délicat équilibre entre la satisfaction des exigences d'organisation médicale qui sont posées à l'hôpital, et le respect de l'autonomie diagnostique et thérapeutique du médecin. »<sup>1</sup>

D'un point de vue déontologique, le Conseil national estime dès lors, qu'en raison du risque d'un conflit d'intérêts, il n'est pas indiqué que la fonction de médecin-chef soit combinée avec celle de directeur.

Annexe :

**10 JUILLET 2008. - Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.**

**Art. 8.** (8) Pour l'application de la présente loi coordonnée :

1° il faut entendre par gestionnaire : l'organe qui, selon le statut juridique de l'hôpital, est chargé de la gestion de l'exploitation de l'hôpital;

2° il faut entendre par directeur : la ou les personnes chargées par le gestionnaire de la direction générale de l'activité journalière de l'hôpital;

**Art. 16.** (16) La responsabilité générale et finale pour l'activité hospitalière, sur le plan de l'organisation et du fonctionnement ainsi que sur le plan financier, incombe au gestionnaire.

Le gestionnaire définit la politique générale de l'hôpital; il prend les décisions de gestion en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au Titre IV.

**Art. 17.** (17) Dans chaque hôpital, il y a un directeur qui est directement et exclusivement responsable devant le gestionnaire.

Le directeur collabore étroitement avec le médecin en chef, le chef du département infirmier, des services paramédicaux, des services administratifs et financiers et des services techniques et avec le pharmacien hospitalier.

## **Réalisation d'anesthésies par un infirmier** (20/12/2008)

MOTS-CLES :

Anesthésie - Infirmier spécialisé en anesthésie - Prestations infirmières

REFERENCE :

a123019f

*La police fédérale souhaite connaître la position d'un conseil provincial concernant la réalisation d'anesthésies par des médecins anesthésistes, ou non, lors d'interventions chirurgicales effectuées dans un centre de traitements esthétiques.*

*Il est demandé au Conseil national de*

*formuler un avis.*

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

Concernant la réalisation d'anesthésies par un infirmier, le Conseil national souhaite émettre les remarques suivantes.

En application de l'article 2, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, nul ne peut, en règle, exercer l'art médical s'il n'est porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements.

En son article 5, § 1<sup>er</sup>, le même arrêté royal précise que le Roi peut fixer les conditions dans lesquelles certains actes médicaux peuvent être confiés à des personnes habilitées à exercer l'art infirmier.

La liste des prestations techniques de soins infirmiers et celle des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ont été fixées par l'arrêté royal du 18 juin 1990. Ce dernier détermine aussi les conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

De l'analyse de ces textes, il apparaît au Conseil national que, dans l'hypothèse visée, l'infirmier n'était pas dans les conditions légales pour réaliser ou surveiller une anesthésie et que, ce faisant, il a été contrevenu à l'article 2 de l'arrêté royal n° 78.

Par ailleurs, tout infirmier porteur d'un diplôme délivré par un Etat membre doit, après avoir obtenu la reconnaissance de ses qualifications professionnelles, obtenir le visa de la commission médicale provinciale<sup>1</sup>.

Concernant le titre professionnel d'infirmier spécialisé en anesthésie dont disposerait aux Pays-Bas l'infirmier en question, il faut remarquer que si ce titre est reconnu en Belgique par l'arrêté royal du 27 septembre 2006, cet arrêté n'a pas encore fait l'objet d'un arrêté d'exécution fixant les critères d'agrément.

Concernant la réalisation d'anesthésies par un médecin non-anesthésiste, l'article 35, point b, du Code de déontologie médicale énonce que le médecin ne peut outrepasser sa compétence.

L'Association professionnelle belge des spécialistes en anesthésiologie et réanimation considère que l'anesthésie est une spécialisation médicale exclusivement réservée aux anesthésistes<sup>2</sup>.

En outre, l'anesthésiologie est une discipline officiellement agréée par le SPF Santé publique.

Quant aux conditions dans lesquelles une anesthésie doit être pratiquée, le Conseil national rappelle dans son avis

du 14 novembre 1998 que toutes les conditions de sécurité doivent être réunies, tant au point de vue de la préparation du malade que de la présence de l'équipement technique et des aides nécessaires. Ces conditions paraissent d'autant plus importantes lorsque ces actes sont réalisés en dehors du milieu hospitalier.

A cet égard, la Société belge d'anesthésie et de réanimation et l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésiologie et réanimation a entrepris de définir les normes pour la sécurité des malades soumis, par un anesthésiologiste, à une anesthésie générale, une anesthésie régionale majeure ou à une sédation, en vue d'actes thérapeutiques ou de diagnostic. Ces normes sont accessibles sur le site de la Société belge d'anesthésie et de réanimation et l'Association professionnelle belge des médecins spécialistes en anesthésiologie et réanimation : [http://www.sarb.be/fr/activites/apsar/act\\_safety.htm](http://www.sarb.be/fr/activites/apsar/act_safety.htm).

## **Etudes cliniques - Approbation préalable du contrat** (20/12/2008)

MOTS-CLES :

Comité d'éthique - Contrats - Expérimentations sur la personne humaine

REFERENCE :

a123020f

*Concernant des médecins investigateurs participant à la réalisation d'essais cliniques en Belgique, le conseiller juridique d'une firme pharmaceutique demande si le promoteur de l'essai doit signer un contrat avec le médecin investigateur. Dans l'affirmative, il souhaite aussi savoir si ce contrat requiert l'approbation préalable de l'Ordre des médecins et si l'investigateur peut recevoir une rémunération pour ces services.*

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 17 juillet dernier.

Les obligations du promoteur de l'essai clinique sont fixées par la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et ses arrêtés d'exécution.

Aux termes de l'article 11, § 4, 10°, de cette loi, le comité d'éthique, compétent pour émettre l'avis, formule son avis en tenant compte des éléments suivants : les montants et les modalités éventuelles de rétribution/d'indemnisation et de

<sup>1</sup>Article 37 §1<sup>er</sup>, 2° a) de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales.

<sup>2</sup>Acta Anesthesiologica Belgica, 2008, 59, n°3

compensations des investigateurs et des participants ainsi que les éléments pertinents de chaque contrat conclu entre le promoteur et le site.

Lors de l'introduction d'une demande d'avis pour un essai clinique auprès d'un comité d'éthique, il y a donc lieu de joindre au dossier une copie du projet de contrat financier à signer par toutes les parties.

La loi n'impose pas d'approbation préalable du contrat par l'Ordre des médecins.

L'investigateur peut donc recevoir une rémunération pour ses services.

Dans son avis du 16 février 2008 (<http://www.ordomedic.be/News>, BCN n° 120, p. 3), le Conseil national estime que le défraiement éventuel du participant ne peut excéder les frais exposés ni la perte de revenus. Il ne peut être lié au succès ou à l'échec de l'étude. Un avantage financier ne peut constituer une incitation à participer à des essais cliniques. Toutes ces conditions ainsi que le mode de recrutement et l'éventuelle convention à conclure avec le participant sur le plan financier, doivent figurer dans le protocole de l'étude biomédicale destiné au comité d'éthique.

quise (art. 11 de ladite loi).

L'investigateur peut recevoir une rémunération pour ses services. En vertu de l'article 11, § 4, 10°, de la loi précitée, la compensation du médecin investigateur constitue un des éléments sur lequel le comité d'éthique est amené à émettre son avis. Dans son avis du 16 février 2008 (<http://www.ordomedic.be/News>, TNR nr. 120, p. 3), le Conseil national estime que le défraiement éventuel du participant ne peut excéder les frais exposés ni la perte de revenus. Il ne peut être lié au succès ou à l'échec de l'étude. Un avantage financier ne peut constituer une incitation à participer à des essais cliniques. Toutes ces conditions ainsi que le mode de recrutement et l'éventuelle convention à conclure avec le participant sur le plan financier, doivent figurer dans le protocole de l'étude biomédicale destiné au comité d'éthique.

---

## ***Etudes non interventionnelles prospectives concernant des médicaments*** ***(20/12/2008)***

**MOTS-CLES :**

*Comité d'éthique - Médicaments*

**REFERENCE :**

*a123021f*

*L'avis du Conseil national est demandé par une personne qui souhaite réaliser des études non interventionnelles prospectives concernant des médicaments auprès de médecins belges : une éventuelle rémunération de ces médecins doit-elle être déclarée, et auprès de quelle autorité ?*

### **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 20 décembre 2008, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 4 août dernier.

Les obligations du promoteur de l'essai clinique sont fixées par la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine et ses arrêtés d'exécution.

Cette loi n'impose pas de déclaration à l'Ordre des médecins des études non-interventionnelles prospectives concernant des médicaments. L'intervention d'un comité d'éthique est toutefois re-

## Réunion CEOM OAS

Paris, 28 novembre 2008

Pr G. De Roy

### Introduction

La réunion du CEOM (Conseil européen des Ordres de médecins) s'est tenue dans la matinée du 28 novembre 2008 au siège du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) à Paris. A la veille de la réunion, le docteur Montané, responsable du CNOM pour les affaires européennes et internationales, avait invité quelques représentants des pays GIPEF afin d'expliquer ses propositions concernant l'avenir du CEOM.

Les pays suivants étaient, entre autres, représentés à la réunion du CEOM : la France, l'Italie, le Portugal, l'Espagne, l'Allemagne, l'Autriche, les Pays-Bas, la Roumanie, la Tchéquie, la Slovaquie, la Grèce, Chypre et la Belgique. Le Conseil national était représenté par le président, monsieur D. Holsters, le docteur R. Kerzmann et le professeur G. De Roy. Le professeur Roland Lemye a assisté à la réunion sur invitation du CNOM.

### Le fonctionnement du CEOM

L'intention du CNOM, initiateur du CEOM, est d'insuffler une nouvelle vie au CEOM. Ces dernières années, il n'y avait plus de réunion qu'une fois par an. Afin de rendre le CEOM plus performant, il a été proposé de tenir à nouveau deux réunions par an : une réunion au printemps dans un pays hôte et une réunion d'hiver, qui se tiendra, comme par le passé, à Paris. Dorénavant, le CEOM sera dirigé par un bureau, composé d'un président et de trois vice-présidents. Le président sera désigné par le pays hôte ; deux vice-présidents sur les trois seront désignés parmi les Etats membres du noyau des 15 Etats de l'UE appelés par certains « la vieille Europe » ; un troisième vice-président sera désigné par un nouvel Etat membre. A l'avenir, le CNOM continuera à assurer le secrétariat. Il n'a pas été jugé utile de nommer un trésorier. Quatre groupes de travail seront créés pour étudier les sujets faisant partie des compétences des Ordres. En outre, une cellule vigie examinera les projets de directives européennes et fera, si nécessaire, du lobbying au nom du CEOM. La dénomination est légèrement modifiée : « Conférence ... » est dorénavant remplacé « Conseil... ». Comme par le passé, le bon fonctionnement du CEOM dépendra de la collaboration collégiale et amicale de ses membres ; pour cette raison, des statuts ou un règlement d'ordre intérieur sont jugés inutiles.

### Une représentation permanente française à Bruxelles

Depuis le 15 octobre 2008, le CNOM a ouvert un bureau de représentation à Bruxelles, dirigé par madame Colgrave-Juge Marie, juriste du CNOM. Il est temporairement installé au siège de l'Ordre français des pharmaciens à Bruxelles. La proximité de la Commission européenne doit faciliter le travail de lobbying du CNOM et éventuellement du CEOM. Le CNOM suit ainsi l'exemple de la BMA (British Medical Association) et de la BAEK (Bundesärztekammer) qui disposaient déjà d'une représentation à Bruxelles.

### Relation CEOM/CPME

La proposition de réforme du CEOM arrive à un moment où au moins trois membres du CPME sont démissionnaires. Les discussions pour régler le différend semblent plus que jamais dans une impasse.

Etant donné cette situation, la question s'est posée des relations futures entre les deux organisations, et plus précisément de la reprise éventuelle du rôle du CPME par le CEOM. Quelques membres ont estimé dès lors ne pas pouvoir se déclarer d'accord avec une réforme du CEOM, qui installerait celui-ci dans une position concurrentielle avec le CPME. Le CNOM a clairement spécifié que le CEOM ne souhaitait pas adopter une position concurrentielle à l'égard du CPME. Le CEOM reste membre du CPME en tant qu'organisation associée.

La discussion qui a suivi était un chaud plaidoyer pour la réintégration des membres démissionnaires afin que le CPME puisse à l'avenir continuer à représenter tous les médecins d'Europe. Le CPME a annoncé lors de la réunion d'octobre 2008 à Londres qu'il comptait également revoir son fonctionnement ; un groupe d'étude se réunira le 20 janvier 2009. Les Etats membres démissionnaires participeront aux activités s'ils y sont invités par le CPME. Cela permettrait une négociation au sujet des points litigieux comme le rôle politique du secrétaire général, le vote pondéré et l'emploi des langues. La réforme du fonctionnement du CEOM a finalement été adoptée par 11 voix contre 2. Bien qu'envisagée au départ, il n'y a pas eu de désignation d'un président.

### Système IMI

Monsieur Nicolas Leapman, fonctionnaire européen de la direction générale Marché intérieur, a présenté un exposé sur le système IMI (« Internal Market Information »). Il s'agit d'un réseau informatisé plurilingue facilitant l'échange d'informations par voie électronique entre les « autorités compétentes » des Etats membres de l'Union européenne. Le système a été élaboré par la CE en collaboration avec les Etats membres et en est à sa période d'essai. La CE a l'intention de le rendre en partie opérationnel dans le cadre de l'échange d'informations, tel que requis par les articles 8, 50 et 56 de la directive européenne 2005/36 sur les qualifications professionnelles.

Le lancement de ce système se heurte à d'importantes difficultés ; ainsi, il n'est pas toujours possible de déterminer clairement quelle est l'administration compétente dans les différents Etats membres ; l'emploi des langues constitue également un problème si l'on sait que 23 langues sont utilisées au sein de l'Union européenne. A cet égard, le système IMI fournit une traduction immédiate en ligne des informations échangées à propos des praticiens professionnels de la santé. L'information en circulation est aussitôt traduite dans la langue de l'autorité compétente interrogée. Il s'agit d'un travail gigantesque nécessitant l'utilisation de listes de questions et réponses standard, d'expressions consacrées, etc. Bref, une réalisation pour laquelle bon nombre de thésaurus et de glossaires viennent à point nommé.

La Commission européenne surveille les mouvements électroniques ; elle sait ainsi si des questions ont été posées à une autorité compétente et si celle-ci a répondu ; mais elle n'a pas accès au contenu des messages ; elle ne constitue pas non plus une banque de données. Ceci est rassurant pour ceux qui craignent une violation de la législation sur la vie privée.

### Démographie

L'étude de la démographie médicale a de tout temps été un cheval de bataille du CNOM, qui a une grande expérience

dans ce domaine. Le CNOM est ainsi informé de toutes les données importantes concernant les médecins immigrants comme la spécialité, le sexe, l'âge, en activité ou à la retraite, travaillant à temps partiel ou à temps plein, le pays d'origine et le lieu d'établissement. Il peut donc dresser la cartographie de tous ses médecins par département et pour Paris, par arrondissement. Les constatations sont publiées annuellement dans son « Atlas de la démographie médicale en France ».

### **La démographie médicale en France**

Les chiffres confirment la tendance connue : les médecins quittent les campagnes pour s'installer dans les grandes villes ou les endroits touristiques attractifs. Les médecins se font rares à la campagne. Les médecins travaillent davantage à temps partiel, notamment en raison de la féminisation croissante de la profession. Certains limitent leurs activités à des remplacements. Les médecins préfèrent le statut de salarié à celui d'indépendant.

### **Les médecins français à l'étranger**

Les Français ne savent malheureusement pas vers où émigrent les médecins diplômés dans leur pays. Ils ont insisté auprès des participants pour qu'ils effectuent une étude poussée dans leur propre pays. Des formulaires ont été distribués à cette fin en séance. Cet exercice deviendra d'ailleurs obligatoire pour chaque pays en vue d'une gestion correcte de l'offre de médecins en Europe. Mais les formulaires ne sont pas très conviviaux en raison des informations trop détaillées demandées.

### **Taskshifting**

Le « taskshifting » est une proposition de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) en vue de compenser la pénurie de médecins : ainsi, l'OMS suggère de faire effectuer de plus en plus des tâches traditionnellement réservées à des médecins par des travailleurs de la santé non-médecins et peu formés à cet effet. Les plus touchés sont les soins de santé de première ligne. Cette politique a déjà été beaucoup critiquée ; il est estimé à juste titre que cela compromet la qualité des soins ; le plus grave est que, dans des régions comme les territoires sub-sahariens, l'on ne fera même plus l'effort d'encore former des médecins.

### **Exode des médecins**

Beaucoup de médecins choisissent de travailler à l'étranger en raison de conditions de travail plus favorables. Si cet exode persiste, des soins adéquats ne pourront plus être garantis dans le pays d'origine. Les pouvoirs publics ne peuvent pas y faire grand-chose. Une interdiction d'émigrer serait contraire à la libre circulation au sein de l'Union. Les instances responsables locales doivent œuvrer à l'amélioration des conditions de travail et de la rémunération de leurs médecins ; ceux-ci seraient alors moins tentés de quitter leur pays.

### **Conclusion**

Le CNOM tente d'insuffler une nouvelle vie au CEOM. Il propose à cette fin deux réunions annuelles au lieu d'une, et la création d'un organe directeur composé d'un président assisté par trois vice-présidents. Dans le même temps, le CNOM installe une représentation permanente à Bruxelles pour un lobbying direct auprès de la Commission européenne afin de défendre les intérêts qui concernent aussi bien le CNOM que le CEOM. Cette réorganisation a été décidée à

un moment où le CPME traverse une crise sévère ; avec le départ d'au moins trois membres représentant ensemble environ un tiers des médecins européens, le CPME peut désormais encore difficilement se profiler auprès de la Commission européenne comme organisation faitière des médecins en Europe. Le CNOM prétend néanmoins que le CEOM ne doit pas être vu comme un concurrent du CPME. Chacun espère que les négociations avec les pays démissionnaires déboucheront sur un résultat positif. Il serait dommage que les connaissances accumulées péniblement au fil des ans par le CPME soient perdues.

La prochaine réunion du CEOM se tiendra à Paris en juin 2009.

---

## **Assemblée générale de l'Association médicale mondiale**

### **Séoul, 15-18 octobre 2008**

Pr G. De Roy

#### **Préambule**

Pour l'Association médicale mondiale (AMM), l'assemblée générale annuelle des membres est un jour particulier ; à cette occasion, elle présente à l'échelle mondiale ses positions en matière d'éthique médicale. L'AMM représente 84 associations médicales nationales (AMN), regroupant 9 millions de médecins. Elle se considère dès lors comme une autorité en matière d'éthique médicale et ses déclarations s'appliquent universellement à ses membres. L'autorité morale de l'AMM est considérable et est assez généralement acceptée. Ses recommandations sont suivies presque partout dans le monde. C'est pourquoi ce qui est décidé lors de ces réunions est suivi avec intérêt, non seulement par des médecins, mais également par des juristes et des économistes de la santé. La 59<sup>e</sup> assemblée générale s'est tenue du 15 au 18 octobre 2008 à Séoul (Corée du sud). L'assemblée était accueillie par l'association médicale coréenne (AMC), qui a fêté cette année son centenaire.

Environ 250 représentants d'une quarantaine d'associations médicales nationales étaient inscrits. Ils ont été rejoints par une trentaine de représentants de différentes organisations internationales, dont le Comité permanent des médecins européens (CPME), le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) et quelques délégués d'entreprises pharmaceutiques. Comme de coutume, de nombreux médecins du pays d'accueil étaient inscrits : 142 médecins membres de l'AMC ont ainsi assisté à la réunion.

Pour donner le faste nécessaire à l'événement, la réception de bienvenue fut honorée par la présence du président de la République de Corée du Sud, et le Premier ministre ainsi que le ministre de la Santé publique prirent la parole au nom de l'assemblée scientifique. La presse locale, dont « The Korean Times » était très enthousiaste, parlant de la « plus grande assemblée de médecins jamais réunie », comptant, selon le journal, non moins de 400 délégués de 50 pays : vrai ou faux, il y avait beaucoup de monde dans les salles de réunion.



### ***L'Assemblée scientifique***

La tradition veut, qu'à l'occasion de la l'assemblée générale, il se tienne aussi une réunion scientifique autour d'un sujet d'intérêt général. Le thème choisi pour 2008 portait sur la santé en tant que droit de l'homme. Les organisateurs ont fait appel à de brillants orateurs, comme Kyung-Hwa Kang, haut-commissaire suppléant des Nations Unies pour les droits de l'homme, le docteur Tai Joon Moon, président émérite de l'AMC, le docteur Hernán Reyes, représentant du Comité international de la Croix-Rouge, le docteur Vivienne Nathanson, responsable de la British Medical Association (BMA) pour l'éthique, les sciences et les affaires internationales, et Clarisse Delorme, juriste française, personne de contact de l'AMM vis-à-vis de différentes organisations internationales comme les Nations Unies (NU), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et diverses organisations non gouvernementales (ONG).

### ***La santé, un droit de l'homme***

Dès le départ, la santé et les droits de l'homme sont définis clairement. La santé doit être comprise dans le sens le plus large du terme. La santé est plus que l'absence de maladie ; elle est un état de complet bien-être physique, mental et social ; c'est ainsi qu'elle est définie par la Déclaration de Alma-Ata de l'UNICEF-OMS<sup>1</sup> approuvée par la Conférence Internationale sur les soins de santé primaires, en 1978. Les droits de l'homme sont des droits universels de tout homme partout et toujours. Ils sont consignés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, signée en 1948. Ils ont pour fondement l'interdiction de la discrimination, la protection des groupes vulnérables et la condamnation de toute violence injustifiée des autorités. Le droit à la santé est un droit de l'homme fondamental, consacré par l'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme: « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. » La santé, les soins médicaux et bon nombre de protections sociales sont donc considérés dans la Déclaration universelle des droits de l'homme comme constituant un droit de l'homme fondamental. Outre la Déclaration universelle des droits de l'homme, bon nombre d'autres déclarations internationales des droits de l'homme garantissent ce droit à la santé. Il s'agit notamment du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, article 12, et de la Convention internationale des droits de l'enfant, article 24.

### ***La santé menacée des groupes minoritaires vulnérables***

La Déclaration universelle des droits de l'homme et les lois qui l'ont suivie ont permis de lutter contre la torture, la discrimination et la faim. Le rôle important du médecin dans la protection des minorités vulnérables comme les demandeurs d'asile et les détenus, a été mis en évidence.

### ***Personnes sans papiers, demandeurs d'asile***

Comme tout citoyen, les migrants aux droits à tous les soins médicaux nécessaires. A cet égard, l'AMM a réaffirmé sa Déclaration d'Ottawa (octobre 1998) ; elle souligne l'obligation éthique du médecin de prodiguer les soins médicaux nécessaires aux personnes, indépendamment du fait qu'elles

résident légalement ou non dans un pays. Pour ne pas être expulsés, les illégaux vivent parfois dans la clandestinité ; ils ne recherchent pas l'aide médicale, à moins de circonstances mettant la vie en danger, et il peut alors parfois être trop tard. Le pays où ils se cachent ne dispose pas de structures de soins pour les accueillir ; en outre, les soins médicaux à des non-assurés ont un coût exorbitant.

### ***Détenus***

Les détenus ont également droit à la santé. Mais en purgeant leur peine, ils courent le risque d'une punition supplémentaire. Ils aboutissent dans des prisons surpeuplées où la promiscuité et la mauvaise hygiène des conditions de vie les exposent à des maladies comme le sida et la tuberculose résistante. Conduire les détenus à une mort certaine en raison de telles circonstances est une violation des droits de l'homme. Ceux qui survivent à ces conditions contaminent à leur tour leurs proches après avoir effectué leur peine.

Soumettre de force des détenus à des recherches médicales scientifiques ou prélever leurs organes en vue de transplantations sont des violations de leurs droits d'être humain toujours existantes.

### ***Participation aux tortures***

La Déclaration universelle des droits de l'homme a aidé à combattre la torture, la discrimination et la faim. L'article 5 stipule que nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

Les médecins sont parfois en bonne place pour porter témoignage d'actes de torture et de peines ou traitements inhumains ou dégradants. Mais on attend plus du médecin que de simplement être un témoin ; il doit oser accuser et ne pas fermer les yeux sur les faits accablants ; s'il ne le fait pas, les responsables échappent à toute poursuite judiciaire. Il doit défendre les droits des personnes confiées à sa surveillance. A cet effet, il doit savoir comment rassembler des preuves valables pour étayer une plainte ultérieure.

Le médecin a le choix : ou bien servir celui qui le commande ou bien défendre les droits de l'homme d'un individu qui n'est même pas son patient. Il n'y a pas toujours une échappatoire ; le mieux est que le médecin se laisse guider par les trois déclarations sœurs de l'AMM relatives aux droits de l'homme : la Déclaration de Malte sur les grévistes de la faim, la Déclaration de Hambourg sur le soutien aux médecins qui refusent toute participation ou caution à l'utilisation de la torture ou autre forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant et la Déclaration de Tokyo à l'intention des médecins en ce qui concerne la torture.

### ***Un rôle pour les autorités***

Les responsables politiques doivent assurer l'accès à des soins de santé abordables et de qualité. Mais cette mission n'est pas remplie en toutes circonstances. Dans les pays en voie de développement, l'infrastructure nécessaire pour fournir les soins de santé essentiels peut être insuffisante. De plus, les praticiens professionnels de la santé ont parfois quitté le pays par mécontentement. Les gouvernements violent gravement les droits de l'homme quand ils ne sont pas en mesure d'offrir à leur population les soins de santé nécessaires. Les conséquences désastreuses de la politique au Zimbabwe en sont un exemple poignant.

<sup>1</sup>United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance).



Une distribution adéquate des soins de santé signifie aussi une bonne formation des praticiens professionnels. Les autorités doivent également garantir que les systèmes de santé disposent de suffisamment de professionnels de la santé compétents. Ces derniers doivent pouvoir travailler dans de bonnes conditions permettant de concilier vie professionnelle et vie de famille. La non réalisation de tout cela entraînera le départ de médecins. Comme l'a formulé un ancien président de l'AMM : les médecins sont comme le bétail : ils paissent là où l'herbe est la plus verte et c'est aux autorités de s'arranger pour qu'il y ait assez d'herbe verte. L'OMS propose dans ces circonstances de remplacer les médecins par du personnel moins qualifié et parle de « task shifting ». L'AMM ne veut pas en entendre parler puisque cela équivaut au maintien du manque de médecins dans les pays en voie de développement.

### **Protection de l'environnement**

Partout dans le monde, l'environnement subit des dommages à cause de la pollution de l'eau et de l'air. A l'époque de la mondialisation, cette pollution augmente de plus en plus vite et compromet le droit à la santé de la population mondiale. L'utilisation irréfléchie et le déversement de produits chimiques jouent ici un rôle important. Une attention particulière a été prêtée à la pollution par le mercure, qui connaît des causes multiples. Cette pollution ne trouve pas son origine seulement dans les pratiques délétères d'exploitation des terrains aurifères d'Indonésie, d'Amérique latine et du nord. Le secteur médical est aussi un important pollueur. D'après les estimations, plusieurs tonnes de mercure pur sont déversées chaque année dans la nature. L'utilisation de ce poison neurotoxique peut pourtant être évitée. Il suffit de remplacer les appareils médicaux contenant du mercure, comme les thermomètres et les tensiomètres, par des appareils électroniques aussi fiables. Le mercure doit disparaître des hôpitaux dans un avenir proche.

Le rejet effréné de gaz à effet de serre est aussi une atteinte au droit à la santé de millions de gens. Pour lutter contre la pollution de l'air, cause de l'accroissement des affections pulmonaires, il existe des conventions internationales comme le protocole de Kyoto ; hélas, il n'a pas été signé par tous les pays industrialisés ; leurs intérêts économiques passent avant la protection de l'environnement.

### **Formation des médecins**

e l'homme sous l'angle de la santé. La formation médicale se limite essentiellement à développer les connaissances scientifiques et les aptitudes techniques nécessaires pour diagnostiquer et traiter les maladies. L'éthique est reléguée dans les matières à option et l'enseignement des droits de l'homme est absent du cursus. Un médecin doit pourtant pouvoir aussi en agir en gardien des droits de l'homme de ses patients ; pour cela, il doit connaître ces droits et savoir comment agir efficacement lorsqu'il est porté atteinte à ces droits. Au 21<sup>ème</sup> siècle, plus que jamais, la protection de la santé des populations nécessite la connaissance des droits de l'homme. L'éthique, les droits de l'homme et la santé sont étroitement liés. Le sujet devrait être abordé davantage lors de la formation continue des médecins. En 1999 déjà, l'AMM avait lancé un appel, lors de sa 51<sup>ème</sup> assemblée, pour que l'éthique et les droits de l'homme figurent parmi les matières obligatoires au programme de toutes les facultés de médecine.

## **La Déclaration générale de Séoul**

### **Nouvelles déclarations**

Lors de l'assemblée générale, les résolutions, les déclarations et les prises de position de l'AMM sont soumises à l'approbation des membres. Il s'agit de directives qui indiquent aux médecins membres des AMN, la conduite à tenir dans des circonstances où l'éthique pourrait être mise en péril. Lors de la rédaction de ses documents politiques, l'AMM fait une distinction entre les résolutions, les déclarations et les prises de position. Les résolutions concernent des problèmes récents, que l'on espère provisoires, et qui nécessitent d'être traités d'urgence ; la résolution concernant les retombées de la crise économique sur la santé en est un exemple. Les déclarations et les prises de position donnent des directives générales aux médecins, par exemple, la Déclaration de Genève, par certains encore erronément désignée comme le « Serment » de Genève. Les déclarations ont un caractère plus universel et intemporel ; la décision de donner à une directive le statut de déclaration ou de prise de position relève du Conseil de l'AMM.

A Séoul, l'AMM a approuvé nombre de déclarations, prises de position et résolutions. A côté de la Déclaration d'Helsinki, qui fait l'orgueil de l'AMM, d'autres recommandations encore ont été approuvées, relatives notamment à la crise économique, à l'indépendance des médecins dans l'exercice de leur profession, la pollution par le mercure, l'accès des femmes aux soins de santé et à la profession de médecin, la peine de mort, l'utilisation du pavot à des fins médicales. Il est impossible d'aborder tous les sujets dans le cadre d'un article récapitulatif. En outre, ces textes peuvent être consultés sur le site Internet de l'AMM.

### **Résolution sur la crise économique : implications sur la santé**

La crise économique globale fait craindre des retombées de la récession économique sur les soins de santé ; l'autorité sera contrainte de revoir ses budgets et d'envisager des économies, également en matière de soins de santé ; cela peut exercer une influence néfaste au niveau de la compression des dépenses et de la qualité des prestations de santé. L'incertitude quant à leur avenir sur le plan financier fait naître des sentiments d'inquiétude chez les malades. Cette situation a conduit l'AMM à approuver une résolution pour limiter les effets de la crise sur la santé. Les AMN sont exhortées à collaborer avec l'autorité afin de soutenir et assister médicalement et psychologiquement les personnes qui souffrent de la crise ; il est en outre demandé de prendre les mesures nécessaires au financement des soins de santé, au moins pour le maintenir au niveau actuel.

### **La Déclaration d'Helsinki**

Attendue depuis longtemps, la version remaniée de la Déclaration d'Helsinki a finalement été approuvée au terme d'une année et demie de travaux préparatoires. Etant donné l'importance de cette déclaration sur le plan des exigences éthiques à l'égard de toutes les personnes actives dans le domaine de la recherche scientifique médicale, et le fait qu'elle a force de loi en Belgique, elle sera publiée ultérieurement dans ce bulletin.

### **La Déclaration de Séoul**

Une déclaration a été adoptée concernant l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique des médecins ; cette

déclaration fait suite à la révision de la Déclaration de Madrid concernant des problèmes apparentés. Cette déclaration a été rebaptisée en l'honneur du pays hôte ; elle sera désormais connue sous le nom de Déclaration de Séoul. Une version traduite du texte complet figure dans le présent bulletin.

Cette déclaration dit, qu'indépendamment de toute intervention de l'autorité, le médecin doit pouvoir administrer le meilleur traitement à son patient. L'autorité tend trop souvent à imposer des mesures d'économie en matière de soins de santé, ce qui parfois joue au détriment du patient individuel. Cette déclaration a des accents très corporatistes, mais il ne peut être nié qu'il existe des circonstances dans lesquelles il est fait pression sur le médecin pour ne pas toujours prescrire le meilleur traitement à son patient ; cela porte préjudice à la relation médecin-patient. Mais, cette déclaration attire en même temps l'attention du médecin sur le fait qu'il doit tenir compte des moyens disponibles organisés par l'Etat en matière de santé, et que ces moyens ne doivent pas être gaspillés. Ainsi, cette déclaration rappelle son devoir social au médecin.

### **Prise de position sur la pollution par le mercure**

Soucieuse de la protection de l'environnement, l'AMM a adopté une prise de position dans le cadre de la lutte contre la pollution par le mercure. Cette déclaration reflète les lignes de force exposées pendant la session scientifique. L'AMM exhorte au respect des accords du projet UNEP<sup>1</sup> des Nations Unies pour le contrôle du traitement des produits chimiques<sup>2</sup>. Le plan d'action est concis et simple : le mercure doit disparaître du secteur médical : les appareils contenant du mercure doivent être remplacés par des dispositifs électroniques. En attendant, les déchets contenant du mercure sont traités suivant les prescriptions légales.

### **La résolution sur les pavots à des fins médicales**

Cette résolution a été déposée lors de la 58<sup>ème</sup> assemblée générale de l'AMM à Copenhague, mais vient seulement d'être adoptée. Cette résolution plaide en faveur de subsides pour que le pavot récolté en Afghanistan soit utilisé à des fins médicales comme la production de morphine et de diamorphine, afin de combler le manque criant de ces analgésiques. Cette résolution est une proposition de solution à la récolte illégale du pavot, dont les recettes sont actuellement employées pour acheter des armes. Mais cette résolution est clairement en contradiction avec le projet des Nations Unies de détruire les champs de pavots à l'aide d'herbicides.

### **La présidence de l'AMM**

Le président John Snaedel, médecin gériatre islandais, a terminé son mandat ; le docteur Yorum Blacher, de l'Association médicale israélienne, lui a succédé comme 59<sup>ème</sup> président de l'AMM. Le docteur D.W. Hanson, de l'Association médicale canadienne, a été élu président pour la mandature 2009-2010.

### **World Medical Journal**

Le WMJ<sup>3</sup> est le périodique officiel de l'AMM ; il paraît quatre fois par an. Le docteur Alan Rowe, rédacteur en chef depuis 2002, a passé le flambeau au docteur Peteris Apinis, président de l'Association médicale lettone.

Il avait été envisagé d'abandonner cette publication et de réserver une rubrique à l'AMM dans un organe de plus grande notoriété ; des pourparlers se sont tenus avec « Nature » à cette fin. Par crainte que les objectifs spécifi-

ques de l'AMM ne soient pas suffisamment mis en relief, le nouveau comité de rédaction a finalement décidé de suivre un chemin indépendant.

Le premier numéro paru sous la houlette de la nouvelle rédaction, est une édition en couleur offrant un compte rendu d'ambiance des réunions qui se sont déroulées. Une série a également été lancée où les associations médicales nationales se présentent. Le numéro WMJ de décembre 2008 est paru pour la première fois sous forme électronique. Il peut être consulté sur le site Internet de l'AMM.

### **Nouveaux membres**

Les associations médicales nationales d'Ukraine et de Chypre, ainsi que les conseils nationaux des Ordres des médecins d'Albanie, Angola, Côte d'Ivoire, et la Chambre des médecins et dentistes polonais sont venus grossier les rangs de l'AMM.

### **Lancement d'un livre vocal**

Un livre vocal a été mis au point et distribué en série limitée ; l'objectif poursuivi est d'informer les personnes illettrées des pays en voie de développement souhaitant participer à la recherche scientifique médicale. Ce livre vocal est une tentative de satisfaire à l'obligation éthique du « consentement éclairé ». Outre les participants potentiels, le livre est aussi destiné à toute personne concernée par la recherche clinique comme les cliniciens et les membres des comités d'éthique. Il est conçu comme une bande dessinée : la désignation d'une icône déclenche un haut parleur donnant un commentaire de la situation représentée. La Centre de bioéthique Steve Biko de l'université Witwatersrand de Johannesburg, les éditions Books of Hope, spécialisées en livres vocaux, et la ZuMA ont collaboré à la conception et à la réalisation du livre. Le projet a été financé par la firme Pfizer, réputée être le sponsor « éthique » de l'AMM.

### **Prochaines réunions**

Le Conseil de l'AMM se réunira du 13 au 15 mai 2009 à Tel-Aviv. La 60<sup>ème</sup> assemblée générale et scientifique se tiendra du 14 au 17 octobre 2009 à New-Delhi ; le thème de l'assemblée scientifique sera la tuberculose multirésistante. La réunion de printemps du Conseil se tiendra en mai 2010 à Divonne-les-Bains. La 61<sup>ème</sup> assemblée générale et scientifique se déroulera du 13 au 16 octobre 2010 à Vancouver (Canada) ; le thème de l'assemblée scientifique est intitulé « Environnement et Santé ». La 62<sup>ème</sup> assemblée générale et scientifique aura lieu en octobre 2011 en Uruguay et celle de 2012 en Thaïlande.

### **Conclusion**

Dans ses publications et sur son site Internet, l'AMM ne laisse pas échapper l'occasion de nous rappeler sa mission : « L'AMM a pour objectif de servir l'humanité en s'efforçant d'atteindre les plus hautes normes internationales en matière d'enseignement médical, de science médicale, d'art médical,

<sup>1</sup>Ce projet a vu le jour lors de la conférence internationale des ministres de la Santé publique et de l'Environnement à Dubai, le 6 février 2006 ; le projet doit conduire à une utilisation contrôlée des produits chimiques, afin de parvenir en 2020 à un traitement des produits chimiques sans danger pour l'eau et l'air.

<sup>2</sup>World Medical Journal

<sup>3</sup>Association médicale mondiale sud-africaine

d'éthique médicale et de soins de santé pour tous les peuples du monde. » L'AMM a rempli son rôle : lors de sa 59<sup>ème</sup> assemblée générale, non moins de 14 déclarations de politique ont été adoptées.

L'AMM attend des AMN qu'elles répandent ses idées dans leurs publications et codes de conduite. Les membres des AMN doivent être encouragés à se conformer de manière conséquente à l'éthique prônée par l'AMM. Le message final est que la bonne parole ne reste pas lettre morte.

---

### ***World Medical Association Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence***

**Adopted by the WMA General Assembly, Seoul, Korea, October 2008**

The World Medical Association, having explored the importance of professional autonomy and physician clinical independence, hereby adopts the following principles:

1. The central element of professional autonomy and clinical independence is the assurance that individual physicians have the freedom to exercise their professional judgment in the care and treatment of their patients without undue influence by outside parties or individuals.

2. Medicine is a highly complex art and science. Through lengthy training and experience, physicians become medical experts and healers. Whereas patients have the right to decide to a large extent which medical interventions they will undergo, they expect their physicians to be free to make clinically appropriate recommendations.

3. Although physicians recognize that they must take into account the structure of the health system and available resources, unreasonable restraints on clinical independence imposed by governments and administrators are not in the best interests of patients, not least because they can damage the trust, which is an essential component of the patient-physician relationship.

4. Hospital administrators and third-party payers may consider physician professional autonomy to be incompatible with prudent management of health care costs. However, the restraints that administrators and third-party payers attempt to place on clinical independence may not be in the best interests of patients. Furthermore, restraints on the ability of physicians to refuse demands by patients or their families for inappropriate medical services are not in the best interests of either patients or society.

5. The World Medical Association reaffirms the importance of professional autonomy and clinical independence not only as an essential component of high quality medical care and therefore a benefit to the patient that must be preserved, but also as an essential principle of medical professionalism. The World Medical Association therefore re-dedicates itself to maintaining and assuring the continuation of professional autonomy and clinical independence in the care of patients.



## **COLOFON**

---

### **ORDRE DES MEDECINS**

Conseil national,  
Place de Jamblinne de Meux 34-35, 1030 Bruxelles,  
Tél. 02/743.04.00—Fax: 02/735.35.63  
E-mail: [info@ordomedic.be](mailto:info@ordomedic.be)—Site internet: <http://www.ordomedic.be>

### **REDACTEURS EN CHEF**

Pr Dr G. Rorive, Dr P. Beke

### **EDITEURS RESPONSABLES**

Pr Dr W. Michielsens, Dr J. Noterman,  
Place de Jamblinne de Meux 34-35, 1030 Bruxelles,

Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur.