

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
VOL. XVII
JUIN 2009

N° 125

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

Pr G. Rorive

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- Code de déontologie médicale : article 27
- L'obligation de traitement
- Hôpital fusionné - Règlement général et médical - Société professionnelle unipersonnelle - Mention du nom du médecin et de la spécialité
- Extraction du pacemaker après le décès
- Personnes en séjour illégal en Belgique – Secret professionnel - CPAS
- Admission forcée – Refus du service psychiatrique pour manque de place
- Psychiatrie – Admission forcée – Rédaction d'un rapport médical circonstancié ou d'un avis
- La réalisation d'un test de paternité
- Biologie clinique – Copie des résultats
- Médecine de contrôle - La communication de données non médicales
- La délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme
- Agrément des comités d'éthique médicale
- Refus d'attestation médicale – Demandeurs d'asile
- Mesurages de l'aptitude à l'activité physique
- Traitement d'un patient présentant une tuberculose multirésistante
- Parents non-cohabitants – Choix du médecin
- Secret professionnel et sida – Information du partenaire

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL

Protocole "The Belgian Living Donor Exchange"

CHRONIQUE INTERNATIONALE

- Actualisation de la Déclaration d'Helsinki, Séoul, octobre 2008
Pr A. Herchuelz
- Rapport de la réunion du CPME, Prague, 13-14 mars 2009
*Pr G. De Roy
Dr. R. Kerzmann*

Le comité de rédaction du Bulletin et les membres de la commission informatique espèrent que vous avez apprécié le nouveau site du Conseil national et, principalement, cet accès pratiquement en temps réel aux avis rendus. Nous sommes cependant un tant soit peu inquiet en relevant que 2000 médecins seulement ont activé leur accès à la partie du site réservée au corps médical. Nous rappelons que certains avis et des données générales ne figurent que sur cette partie du site, alors que l'autre partie est accessible au public. Nous nous permettons également de faire appel à votre collaboration pour diffuser l'information que, dorénavant, le bulletin paraît uniquement sous forme électronique.

Le maintien d'une présentation trimestrielle du Bulletin permet entre autre une recherche sur une base chronologique. Beaucoup d'entre nous, en effet, se souviennent qu'un avis précis a été émis telle ou telle année ou à telle période identifiée parce qu'elle coïncide avec un évènement professionnel ou personnel. Cette façon de procéder permet en outre de conserver la numérotation des avis qui, de longue date, repose sur la date à laquelle ils ont été rendus.

La présente édition reprend les avis émis pendant le premier trimestre 2009. Les plaintes concernant les délais de réponse du Conseil national sont nombreuses, mais il faut souligner qu'au cours de ces quatre réunions le Conseil a rendu 16 avis généraux et 5 avis plus spécifiquement réservés aux médecins, sans compter les décisions administratives comme la formation des commissions d'experts demandée par les commissions médicales provinciales pour évaluer les compétences physiques et psychiques de praticiens. Il est peut-être opportun de rappeler que le Conseil national se réunit 13 à 14 fois par an en séance plénière le samedi de 9 à 17 h.

Dans les avis repris dans ce numéro, on relèvera particulièrement des avis de grande actualité relatifs au devoir du médecin de prendre en charge des patients à haut risque de contagion. Les fondements déontologiques de ce devoir sont détaillés dans l'avis du 24 janvier rendu à l'occasion d'une question posée par un médecin à propos du plan national conçu en prévision d'une pandémie de grippe aviaire et appliqué ces dernières semaines à propos de l'épidémie de grippe H1N1 dite mexicaine.

On soulignera également, à nouveau, une série d'avis au sujet de l'application du secret professionnel : dans les attestations demandées par les CPAS à propos des patients en séjour illégal, la médecine de contrôle et l'information du partenaire de patient porteur du VIH. Trois situations où les demandes de la société et l'intérêt du patient paraissent parfois s'opposer. Le Conseil, une fois de plus, rappelle avec force que la loi et la déontologie privilégient les devoirs du médecin vis-à-vis de son patient. Ce n'est que dans des situations exceptionnelles justifiant de faire appel à l'état de nécessité que le médecin pourra y déroger sans perdre de vue que c'est le juge qui, en dernier ressort, décidera du bien fondé de ce recours. Cette règle du secret professionnel existe dans l'article 458 du code pénal depuis plus de 150 ans et aucune autorité législative ne l'a jamais remis en question. La règle déontologique est plus ancienne encore, comme rappelé dans l'éditorial du Bulletin 123, et constitue une base essentielle de la relation médecin-patient.

Plus inhabituel, la lettre adressée à Madame Onkelinx, ministre des Affaires sociales et de la Santé, à propos de l'agrément des comités d'éthique médicale. Le Conseil national a joué un rôle de pionnier en ce domaine avec la mise en place, dès 1986, des premiers comités d'éthique. Il a continué à assurer leur agrément jusqu'à ces dernières semaines. Les dispositions légales se sont cependant modifiées. L'arrêté royal du 12 août 1994 a inséré, dans les normes d'agrément des hôpitaux, l'obligation de posséder un comité d'éthique hospitalier. Cette obligation a été insérée dans l'article 70ter de la loi sur les Hôpitaux par la loi programme du 25 janvier 1999. Par ailleurs, l'accord de coopération portant sur la création du Comité consultatif de Bioéthique lui donne une mission en ce domaine. Il est chargé ces dernières années d'établir un rapport concernant l'activité des comités hospitaliers, rapport qui sert de base pour établir leur financement dans le cadre des avis rendus concernant les essais de médicaments. Enfin, la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine a modifié notablement le rôle des comités d'éthique dont l'avis avant toute expérimentation sur l'homme est dorénavant obligatoire. Depuis plusieurs années, le Conseil national s'interroge sur le rôle qu'il doit encore jouer dans ce concert et si les agréments qu'il rend ont encore une raison d'être. De multiples démarches auprès du Comité consultatif et de l'Agence fédérale du médicament et des produits de santé n'ont pas permis de clarifier cette situation. C'est pourquoi le Conseil, dans son courrier, demande à Madame la ministre de se prononcer à ce propos.

Ce sont là quelques points parmi les divers avis qui devraient retenir l'attention.

*Pr Georges RORIVE,
Rédacteur en chef*

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 24 JANVIER, 7 FÉVRIER, 21 FÉVRIER ET 21 MARS 2009

Code de déontologie médicale : article 27 (21/03/2009)
L'obligation de traitement (24/01/2009)
Hôpital fusionné - Règlement général et médical - Société professionnelle unipersonnelle - Mention du nom du médecin et de la spécialité (24/01/2009)
Extraction du pacemaker après le décès (24/01/2009)
Personnes en séjour illégal en Belgique – Secret professionnel - CPAS (07/02/2009)
Admission forcée – Refus du service psychiatrique pour manque de place (07/02/2009)
Psychiatrie – Admission forcée – Rédaction d'un rapport médical circonstancié ou d'un avis (07/02/2009)
La réalisation d'un test de paternité (21/02/2009)
Biologie clinique – Copie des résultats (21/02/2009)
Médecine de contrôle – La communication de données non médicales (21/02/2009)
La délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme (21/02/2009)
Agrément des comités d'éthique médicale (21/03/2009)
Refus d'attestation médicale – Demandeurs d'asile (21/03/2009)
Mesurages de l'aptitude à l'activité physique (21/03/2009)
Traitement d'un patient présentant une tuberculose multirésistante (21/03/2009)
Parents non-cohabitants – Choix du médecin (21/03/2009)
Secret professionnel et sida – Information du partenaire (21/03/2009)

Pour consulter les textes de loi : www.juridat.be / www.just.fgov.be

Code de déontologie médicale : article 27

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national a modifié comme suit l'article 27 du Code de déontologie médicale :

Le libre choix du médecin est un droit fondamental du patient.

Néanmoins, une limitation de ce libre choix peut s'avérer inévitable dans le cadre de l'organisation pratique d'une offre permanente de soins de qualité.

Une information aussi adéquate que possible est fournie à propos de cette limitation.

L'obligation de traitement (24/01/2009)

MOTS-CLES :

Devoirs généraux des médecins - Maladies transmissibles

REFERENCE :
a125001f

La question a été soumise au Conseil national de savoir si les médecins confrontés à de nouvelles pandémies doivent continuer à s'investir en dépit de risques pour leur propre sécurité et leur santé ?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Cet apparent dilemme refait surface régulièrement lorsque des épidémies menacent comme, durant les dernières décennies, le SIDA, EBOLA ou SARS ou récemment encore la grippe aviaire.

Le Conseil national estime que chaque médecin a une obligation déontologique de traitement et de soins. Ceci non seulement pour ne pas s'exposer comme tout citoyen aux conséquences que la loi attache à l'abstention coupable, à la rupture d'un contrat ou d'un engagement, mais surtout aussi en raison du rôle social chargé d'espoir qu'il assume. Ainsi, le choix conscient de devenir et d'être médecin est indissociable de l'acceptation d'un devoir de traitement et de soins. Ce devoir n'est pas une condition connexe facultative. Il est au cœur même de ce qui permet de définir la profession de médecin. A cet égard, l'article 7 du Code de déontologie médicale s'énonce comme suit : « En cas de danger public, le médecin ne peut abandonner ses malades, à moins qu'il n'y soit contraint par les autorités qualifiées ».

Les obligations déontologiques plus difficiles à cerner qui déterminent l'essence d'une profession peuvent évidem-

ment faire l'objet d'un débat social. Mais laisser s'éroder l'obligation de traitement entraînerait des préjudices inacceptables pour les patients, pour la sécurité sociale et pour les médecins.

L'acceptation par le médecin de l'obligation de traitement ne signifie pas qu'il doive faire totalement abstraction de sa propre sécurité ni d'autres devoirs conflictuels, pour la plupart d'ordre familial. Ainsi, lors de la récente menace du SARS, les dispensateurs de soins concernés redoutaient de contaminer les membres de leur famille. Les problèmes pratiques dans l'éducation et les soins au quotidien de leurs enfants, ainsi que les questions existentielles concernant l'assistance à leurs proches s'ils venaient à disparaître, les préoccupaient sérieusement.

La pratique ne peut en l'occurrence se cantonner à juger du devoir dont l'appel prédomine et doit aller de pair avec une approche offrant un espace où faire coexister des valeurs antagonistes. Entre autres, l'obligation de traitement du médecin entraîne aussi des devoirs contraignants pour la société et les institutions de soins. En sus du soutien social sous forme d'assurances adéquates maladie, invalidité et décès, de soins à l'enfance, etc., elles doivent maximiser la sécurité des divers dispensateurs

œuvrant aux avant-postes. Outre la formation, le développement d'une infrastructure adaptée et l'élaboration de stratégies préventives (la plus grande frustration de spécialistes expérimentés fut de n'avoir finalement pas pu soigner correctement les victimes), une juste répartition des risques transparente, professionnelle et élaborée avec tous les intéressés est une expression minimale, sur le plan de la société et de la profession, de respect, d'équité et de solidarité.

La menace continue de nouvelles épidémies dangereuses, mais aussi d'accidents majeurs, d'attaques terroristes, de catastrophes naturelles et nucléaires ne fait pas que renouveler la confrontation de l'humanité aux risques incessants qui la guettent malgré le formidable essor de la médecine au cours des dernières décennies. Elle rappelle au médecin son importante obligation déontologique de dévouement et de secret professionnel. Elle recentre l'attention avec acuité sur la valeur fondamentale de mesures de précaution dans la pratique quotidienne en matière d'hygiène, de stérilité et de prévention des infections, et valide la recherche fondamentale et clinique, également dans les domaines qui aident à trouver une réponse organisationnelle à ces nouveaux défis.

Hôpital fusionné - Règlement général et médical - Société professionnelle unipersonnelle - Mention du nom du médecin et de la spécialité

(24/01/2009)

MOTS-CLES :

Hôpitaux - Ordre des médecins (organisation et fonctionnement) - Publicité et réclame - Société entre médecins et avec des non-médecins

REFERENCE :

a125002f

Le Conseil national est interrogé à propos de la responsabilité finale dans le cadre de l'examen et de l'approbation du règlement général et médical d'un hôpital fusionné quand deux conseils provinciaux sont concernés par cette approbation. Il répond aussi à la question de savoir si, lors de la constitution d'une société unipersonnelle professionnelle, la société doit porter le nom du médecin avec mention de la spécialisation.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Le Conseil national est d'avis que, lorsque deux conseils provinciaux interviennent dans l'approbation d'un règlement général et médical d'un hôpital fusionné, le conseil de la province où se trouve le siège social de l'institution fusionnée joue le rôle de coordinateur et porte la responsabilité finale. Ceci requiert une

concertation entre les deux conseils provinciaux.

Les règles les plus restrictives des deux conseils provinciaux sont appliquées. Le conseil provincial coordinateur informera également le médecin.

En vertu de l'article 163, § 4, du Code de déontologie médicale, la société professionnelle unipersonnelle doit se manifester dans ses relations externes par la mention de la forme juridique et du nom du médecin ainsi que de la spécialité pratiquée. Le Conseil national rappelle que le nom ne peut en aucun cas être monopolisant.

Extraction du pacemaker après le décès

(24/01/2009)

MOTS-CLES :

Compétence du médecin - Pacemaker

REFERENCE :

a125003f

Un avis est demandé au Conseil national concernant le certificat de décès modèle III C ainsi que l'attestation par le médecin constatant que le défunt est ou n'est pas porteur d'un pacemaker.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 24 janvier 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre concernant les « Documents décès - attestation médicale et modèle III C ».

En application de l'article 28 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 14 mai 2004 portant organisation, aménagement et gestion des cimetières et établissements crématoires, la pile de l'implant placé chez le défunt doit être retirée avant l'inhumation ou la crémation.

La pile ne doit donc pas être retirée immédiatement après la constatation du décès.

Les médecins ne sont légalement pas obligés de retirer le pacemaker d'un défunt.

La loi dispose que les pacemakers doivent être retirés avant la crémation, mais ne dit pas par qui cela doit être effectué.

Dans son avis du 12 mai 2007 (Extraction post mortem de piles d'implants, BCN 117, p.6), le Conseil national estime qu'une pile doit être enlevée par le médecin qui dispose de la compétence requise. Si le médecin traitant ou le médecin qui a constaté le décès estime ne pas disposer de cette compétence, l'acte doit être confié à un autre médecin qui en dispose. Pour cela, il peut éventuellement être fait appel au

médecin assermenté commis par l'officier de l'état civil pour vérifier les causes du décès (cf. article 21, § 1er, alinéa 2, du décret de la Communauté flamande du 16 janvier 2004 sur les funérailles et sépultures).

Le médecin qui a procédé à l'enlèvement de la pile peut le certifier dans une attestation.

Personnes en séjour illégal en Belgique – Secret professionnel - CPAS

(07/02/2009)

MOTS-CLES :

CPAS – Secret professionnel

REFERENCE :

a125004f

Des médecins prodiguant des soins de santé de première ligne à des personnes sans-papiers sont confrontés à des questions posées par des collaborateurs non-médecins du CPAS concernant le contenu des soins et parfois même la nature de l'affection. Le CPAS garanti qu'ils respectent ce qu'ils appellent «un secret professionnel partagé».

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 7 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier concernant les questions du CPAS à propos de l'aide médicale urgente en faveur de personnes en séjour illégal dans le pays.

Le Conseil national marque son accord avec votre projet de réponse. Quel que soit son statut, tout patient jouit des dispositions de la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient. Seuls les praticiens impliqués dans les soins à un patient peuvent revendiquer l'application du « secret médical partagé ». Le Code de déontologie médicale et la jurisprudence confirment l'importance du secret médical.

Cependant, dans le contexte des patients sans domicile légal et très souvent sans couverture sociale, le CPAS prend en charge les frais médicaux et, dans ce sens, joue le rôle d'une mutualité. On peut des lors comprendre que dans certaines situations, une demande d'information puisse se justifier.

En ce qui concerne le CPAS, qui agit ici en tant qu'organisme de sécurité sociale prenant en charge, entre autres, les frais de diagnostic et de traitement, seules les informations nécessaires à assurer les soins et le bien-être du patient seront communiquées, si possible à un médecin-conseil du CPAS, sinon au patient ou à son représentant.

Admission forcée – Refus du service psychiatrique pour manque de place

(07/02/2009)

MOTS-CLES :

Admission forcée - Psychiatrie

REFERENCE :

a125005f

La question concerne l'application de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. L'admission forcée d'un patient psychiatrique sur la base de l'ordonnance du juge de paix peut-elle être refusée par un service psychiatrique en raison d'un manque de place ? Le psychiatre du service estime que dans ces conditions, il doit pouvoir refuser l'admission parce qu'il ne peut garantir les soins nécessaires et la sécurité du patient. La direction estime que l'admission du patient ne peut être refusée et qu'un refus peut même être cause de poursuites pénales à l'égard de la direction.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 7 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 9 octobre 2008.

La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux est très claire sur les points suivants. Tant le juge de paix, dans la procédure ordinaire, que le procureur du Roi, dans la procédure d'urgence, désignent le service psychiatrique où le malade doit être placé en observation. Le malade n'a pas le choix du service psychiatrique auquel il est adressé. Le juge de paix ou le procureur du Roi notifie au directeur du service psychiatrique qu'il désigne sa décision d'hospitaliser l'intéressé pour observation. Le directeur prend ensuite toutes les dispositions nécessaires pour l'admission forcée du malade. Le respect de ces dispositions ne peut cependant être imposé par des sanctions pénales¹.

Le chef du service de psychiatrie est responsable des soins et de la sécurité du patient placé en vertu de la mesure de protection en question. Le manque de place n'est pas une raison prévue par la loi pour refuser l'admission. Mais le Conseil national peut comprendre que le manque de place soit invoqué dans des cas très exceptionnels en tant que force majeure justifiant d'opposer un refus à l'obligation d'admission forcée. Cela peut être évité par une concertation à propos des modalités pratiques d'exécution de la loi, au niveau régional, avec les partenaires concernés, les services psychiatriques de la région, les directions, la police et la magistrature. Suivant l'esprit et la lettre de cette loi, il s'agit d'une admission obligatoire. Les psychiatres ont dès lors une obligation déontologique de prendre les mesures de précaution nécessaires et de trouver des accords afin d'empêcher l'apparition

de situations dans lesquelles cette exigence légale ne peut être remplie.

1. Herman NYS, La médecine et le droit, Kluwer Editions juridiques Belgique, 1995, 626, p. 248.

Psychiatrie – Admission forcée – Rédaction d'un rapport médical circonstancié ou d'un avis

(07/02/2009)

MOTS-CLES :

Admission forcée - Psychiatrie - Rapport médical circonstancié

REFERENCE :

a125006f

La question concerne l'application en psychiatrie infanto-juvénile de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Un pédopsychiatre attaché à un département de psychiatrie infanto-juvénile peut-il être le médecin traitant après avoir rédigé un avis ou un rapport médical circonstancié destiné au procureur du Roi ou à un juge (juge de paix ou juge de la jeunesse) ? Les questions suivantes sont aussi posées en rapport avec cette problématique :

1. *Un psychiatre qui a rédigé l'avis ou le rapport médical circonstancié destiné au procureur du Roi ou au juge doit-il être considéré comme un expert judiciaire ?*
2. *Ce psychiatre peut-il par la suite être le médecin traitant, par exemple, dans la situation où le jeune, encore sous statut d'admission forcée ou pas, ou ses parents demande(nt) son transfert dans le service de ce psychiatre ?*
3. *Si pas, y a-t-il alors un délai raisonnable au terme duquel cela serait possible ?*
4. *Des collègues du psychiatre qui a rédigé l'avis/le rapport médical circonstancié peuvent-ils agir comme médecin traitant, en sachant que ce confrère doit assurer la continuité des soins avec eux pendant les services de garde, lors de remplacements pendant les vacances ou d'autres absences des premiers ?*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 7 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 22 octobre 2008.

Question 1

La procédure ordinaire, qui conduit à une mise en observation forcée dans un service psychiatrique, requiert un « rapport médical circonstancié » rédigé par un médecin après avoir examiné le patient. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne prévoit que deux incompatibilités : le médecin ne peut pas être un médecin parent ou allié du malade,

ou attaché à un titre quelconque au service psychiatrique où le malade se trouve. La loi ne contient aucune exigence concernant les compétences ou la spécialisation du médecin qui rédige le rapport. Cela fait apparaître clairement que le médecin qui rédige le rapport n'agit pas comme expert judiciaire.

La procédure d'urgence est de loin la plus fréquente dans la pratique médicale et elle est conduite par le procureur du Roi. Celui-ci agit :

- soit à la demande écrite d'une personne intéressée, accompagnée d'un rapport médical circonstancié comme dans la procédure ordinaire ;
- soit d'office, à la suite d'un avis écrit d'un médecin désigné par lui.

Si le procureur du Roi agit d'office, il peut requérir un médecin à qui il demandera de lui remettre un « avis » (il n'est donc plus question d'un rapport médical circonstancié). Dans aucun des deux cas, le médecin n'est un « expert » au sens juridique de ce terme. Dans la pratique, l'avis exigé par la loi est souvent demandé à des services d'urgences des hôpitaux. Bien que la loi ne précise pas si l'avis doit être donné par un pédopsychiatre, le Conseil national considère, à l'instar des auteurs de la demande d'avis, que dans ce contexte de mesure privative de liberté à l'égard d'un mineur, il convient que l'avis soit donné par un médecin disposant des compétences nécessaires.

Le Conseil national approfondit la question de savoir si le médecin/psychiatre traitant peut rédiger lui-même l'avis ou le rapport médical circonstancié. La loi le permet pour autant que le médecin traitant ne soit pas attaché au service où le patient se trouve.

Il faut cependant tenir compte, sur le plan déontologique, des considérations suivantes.

Dans son avis du 18 août 2001², le Conseil national rappelle que « le médecin doit toujours rester objectif dans la rédaction d'un certificat, c'est-à-dire professionnellement et intellectuellement indépendant, sans implication émotionnelle, a priori ou partialité ». En outre, le fait que le rapport soit rédigé par le médecin traitant peut porter atteinte à la relation médecin-patient. Les médecins traitants ont de bonnes raisons de ne pas rédiger eux-mêmes le document et de faire appel à un confrère pour juger en indépendance de la situation et éventuellement rédiger le rapport médical circonstancié. De plus, la pratique apprend que certains juges de paix rejettent la demande d'admission forcée en raison des qualifications du rédacteur du rapport. Il arrive que le patient concerné refuse d'être examiné par un médecin tiers et que, par conséquent, le médecin traitant soit le seul à pouvoir rédiger les documents médicaux nécessaires (avis

ou rapport médical circonstancié). Il est parfois impossible de faire appel à un médecin tiers en raison de l'urgence. Dans ces situations, l'intérêt du patient doit être la préoccupation première et à défaut de tout autre traitement adéquat, le médecin traitant prendra ses responsabilités. Mais en dehors de ces situations particulières, la règle sur le plan déontologique est de recourir, pour juger de la situation, dans le cadre de la procédure d'admission forcée, à un médecin tiers et non au médecin traitant.

Questions 2 et 3

Le psychiatre ou le médecin qui délivre le rapport médical circonstancié ou l'avis requis pour la mise en observation ne peut pas intervenir comme médecin traitant tant que la période d'observation forcée est en cours (durée maximale de 40 jours). Le médecin traitant qui aurait rédigé le rapport médical circonstancié ou l'avis, ne pourrait traiter à nouveau le patient qu'après cette période d'observation forcée.

La décision éventuelle du juge de paix de « maintien » du patient, ce qui équivaut à une prolongation de l'admission forcée, est prise suivant une procédure spécifique où les médecins requis pour la mise en observation forcée n'ont plus de rôle à jouer. Il n'y a dès lors plus d'objection déontologique à ce que ces médecins prennent en charge le traitement du patient après la période d'admission forcée. Ceci a pour point de départ déontologique et légal que le médecin ayant rempli les documents médicaux en vue de l'admission forcée d'un patient ne peut avoir une quelconque responsabilité dans le traitement de ce même patient tant que ce patient se trouve sous le statut initié par ce médecin.

Question 4

Les médecins attachés au service psychiatrique du psychiatre qui a rédigé l'avis ou le rapport médical circonstancié ne peuvent agir comme médecins traitants du patient mis en observation. Cette règle est respectée de manière très stricte et sans trop de problèmes en psychiatrie adulte. La même règle s'applique aux pédopsychiatres, mais la situation se complique en raison de leur nombre restreint et du manque de services de psychiatrie infanto-juvénile. Le secteur est en plein développement mais la réalité sur le terrain est que dans la plupart des régions, les patients doivent être adressés pour le traitement à l'unique service de psychiatrie infanto-juvénile de la région concernée. C'est pourquoi il est indiqué que le pédopsychiatre dans ces régions ne rédige pas le rapport et que cette mission soit confiée, sur la base d'accords mutuels, à un confrère, par exemple, un psychiatre des adultes. L'appel à un pédopsychiatre pour rédiger le rapport prévu par la

loi est louable mais en cas de pénurie des spécialistes compétents, il doit être fait appel à des confrères. Cela permet de confier rapidement le traitement du patient à un pédopsychiatre. Les auteurs de la demande d'avis mentionnent d'ailleurs que cette mesure de protection à l'égard d'un jeune peut souvent être rapidement levée. Un pédopsychiatre qui aura rédigé le rapport requis pour la mise en observation pourra lui aussi assurer la fonction de médecin traitant dès la levée de la mesure.

2. Avis du Conseil national du 18 août 2001, Rapport médical circonstancié en vue de la protection de la personne des malades mentaux, BCN 94, 2001, p. 3.

La réalisation d'un test de paternité

(21/02/2009)

MOTS-CLES :

Droits de l'homme – Génétique – Mineurs d'âge – Vie privée

REFERENCE :

a125007f

Habituellement, les tests de paternité sont demandés dans le cadre de procédures judiciaires, mais le nombre croissant de familles recomposées et la possibilité d'acheter librement ces tests font s'estomper les frontières. L'avis du Conseil national est demandé au sujet de la réalisation d'un test de paternité chez des personnes qui ne sont pas des patients du médecin (dont un mineur), dans un contexte probablement non judiciaire.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé la discussion de votre lettre du 17 avril 2008 concernant la réalisation d'un test de paternité chez des personnes qui ne sont pas des patients du médecin.

Dans le cadre d'une procédure judiciaire de contestation ou de reconnaissance de paternité, la requête doit en tous cas émaner d'une décision du juge compétent.

En l'espèce, le test de paternité concerne un mineur et la filiation est mise en question à titre privé, hors le cadre d'une procédure judiciaire, sans avantage direct ou indirect pour l'enfant.

L'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé prévoit les conditions de l'activité médicale : les actes doivent être accomplis dans un but diagnostique et/ou thérapeutique par une personne compétente, qui veille à la santé du patient et veut lui prodiguer les meilleurs soins, après avoir obtenu un consentement libre et éclairé.

Dans le cadre de son activité profession-

nelle habituelle, le médecin ne peut prendre des mesures non utiles ou absolument nécessaires à la santé du patient ou ne poursuivant pas un but diagnostique et thérapeutique.

Un test de paternité dont le but n'est pas de veiller à la santé et à la sécurité du patient, n'entre pas dans le cadre légal et déontologique classique d'une activité médicale.

Les parents qui exercent l'autorité parentale ne peuvent valablement consentir, au nom du mineur, à des actes non thérapeutiques, car ce consentement peut être donné au détriment de l'intérêt de l'enfant et est contraire aux droits fondamentaux de l'enfant. Un test de paternité impliquant un enfant peut être lourd de conséquences, pour la vie familiale et l'insertion sociale de l'enfant, et peut même comporter des dangers. Ainsi, il peut engendrer une atteinte à la sécurité juridique de l'état civil, à l'intégrité physique (articles 8 et 14 de la CEDH) et à la vie privée de l'enfant.

Le Conseil national rappelle son avis du 16 juin 2001 (« Augmentation incontrôlée des tests de paternité », Bulletin du Conseil national n° 93, p.11).

Le Conseil national estime, dès lors, que le médecin doit toujours disposer d'une décision judiciaire avant de procéder à un test de paternité chez un mineur.

Biologie clinique – Copie des résultats

(21/02/2009)

MOTS-CLES :

Biologie clinique – Dossier médical

REFERENCE :

a125008f

Le Conseil national est interrogé concernant la demande du patient au biologiste clinique de recevoir directement copie du résultat de ses examens biologiques.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de la communication des résultats d'examens de biologie clinique par le biologiste clinique au patient qui en fait la demande.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient établit le droit du patient à obtenir copie de son dossier médical en tout ou partie (article 9, § 3). Elle requiert également qu'une information claire et compréhensible lui soit donnée à propos de son état de santé (article 7, §§ 1 et 2). Par ailleurs, elle prévoit certaines exceptions au droit d'obtenir copie du dossier médical en tout ou une partie, notamment l'exception thérapeutique (article 9, § 3).

L'application de la loi à l'hypothèse visée appelle les commentaires suivants.

Le biologiste clinique travaille sur la base d'un prélèvement, en exécution d'une prescription d'examen rédigée par un médecin traitant. Il n'a généralement pas ou insuffisamment connaissance du contexte clinique qui justifie la demande d'examen, et l'information dont il dispose est souvent limitée à des données purement administratives. Les résultats obtenus apparaissent dès lors comme une partie du dossier médical du médecin traitant.

La relation entre le biologiste clinique et le patient se caractérise par le fait qu'il n'y a généralement pas de contact direct entre eux ; elle est subordonnée à celle qui lie le patient à son médecin traitant.

Il doit être donné copie de ses résultats au patient qui le souhaite, dans les délais et aux conditions prescrites par la loi relative aux droits du patient. Le Conseil national juge opportun que la communication des résultats se fasse via le médecin traitant qui a prescrit l'examen. La délivrance des résultats suit de ce fait le même chemin que celui de la demande de leur réalisation, par l'intermédiaire du médecin prescripteur.

Lorsqu'un patient demande à obtenir copie du résultat de l'analyse, c'est aussi dans le but de recevoir une information sur son état de santé.

Le biologiste clinique procède à une analyse qui aboutit à un résultat. En règle générale, l'interprétation de ce résultat ne peut pas seulement se fonder sur des valeurs de référence, mais doit aussi tenir compte du contexte médical et psycho-social du patient. Tout comme la demande d'analyse est subordonnée au contexte clinique, à l'anamnèse et à l'examen clinique, les résultats doivent être interprétés en tenant compte de ce même contexte sous peine d'aboutir à des conclusions erronées. Pour qu'une information pertinente et utile soit délivrée au patient, il est nécessaire que le médecin traitant lui explique les résultats des examens effectués.

Le recours au médecin traitant pour la communication des résultats est également justifié par la difficulté, pour le biologiste clinique, d'apprécier s'il y a lieu de tenir compte d'une exception légale au droit du patient d'obtenir copie de son dossier médical, par exemple l'exception thérapeutique.

Lorsque le médecin traitant qui demande l'examen mentionne expressément sur le formulaire que les résultats peuvent être communiqués directement au patient, les réserves exprimées ci-dessus ne s'appliquent pas. Il est important qu'avant de remettre les résultats, le biologiste clinique s'assure de l'identité du patient.

Médecine de contrôle – La communication de données non médicales

(21/02/2009)

MOTS-CLES :

Contrôle médical – Secret professionnel

REFERENCE :

a125009f

L'avis du Conseil national est demandé à propos de la communication à l'employeur par un médecin de données non médicales recueillies pendant l'exercice de la fonction de médecin contrôleur.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a poursuivi l'examen de votre lettre du 30 janvier 2008 relative à la communication à l'employeur de données non médicales recueillies pendant l'exercice de la fonction de médecin contrôleur.

L'article 31, § 3, alinéa 2, de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail prévoit : « Le médecin contrôleur examine la réalité de l'incapacité de travail, vérifie la durée probable de l'incapacité de travail et, le cas échéant, les autres données médicales pour autant que celles-ci soient nécessaires à l'application des dispositions de la présente loi; toutes autres constatations demeurent couvertes par le secret professionnel ».

Le terme « demeurent » signifie que le médecin contrôleur est tenu au secret professionnel tout comme un médecin dans une mission curative, mais la loi relative à la médecine de contrôle y a apporté quelques exceptions.

La loi limite le rôle du médecin contrôleur aux constatations médicales dans le cadre de la loi relative aux contrats de travail (elle énumère notamment la réalité et la durée de l'incapacité de travail). Le médecin contrôleur ne peut jamais communiquer le diagnostic à l'employeur. La raison médicale de l'incapacité de travail est couverte par le secret professionnel.

En vertu de l'article 128, § 1er, du Code de déontologie médicale, « il est interdit au médecin désigné soit par un employeur soit par un organisme assureur ou tout autre organisme pour procéder à un examen de contrôle, de révéler tant aux autorités non médicales de son mandant qu'à tout tiers les raisons d'ordre médical qui motivent ses conclusions ».

Des données de fait sont des données non médicales qui ainsi constituent, suivant la loi relative aux contrats de travail, « d'autres constatations » et qui dès lors demeurent couvertes par le

secret professionnel.

Par conséquent, le Conseil national maintient la position qu'il n'est ni légalement ni déontologiquement acceptable que le médecin contrôleur communique à l'employeur des données de fait, non médicales, et/ou la raison médicale de l'incapacité de travail. Cela n'exclut pas que le médecin contrôleur tienne compte, lorsqu'il juge de l'incapacité de travail, de données de fait, non médicales, qu'il a constatées, et qu'il communique ces données au médecin traitant, avec lequel il doit se concerter avant de prendre sa décision.

La délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme

(21/02/2009)

MOTS-CLES :

Certificat – Médecin traitant

REFERENCE :

a1250010f

A la suite de la promulgation de l'arrêté ministériel du 16 octobre 2008 portant reconnaissance des médecins compétents pour la délivrance d'une attestation visée à l'article 14 de la loi sur les armes, le Conseil national a modifié son avis du 3 mars 2007 concernant la délivrance d'attestations médicales pour l'obtention d'une autorisation de détention d'une arme ou d'un permis de port d'une arme.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa réunion du 21 février 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique de la délivrance d'une attestation médicale pour l'obtention d'une autorisation de détention d'arme ou d'un permis de port d'arme.

La loi du 8 juin 2006 réglant des activités économiques et individuelles avec des armes (M.B., 9 juin 2006) fait une distinction entre la détention et le port d'une arme.

La détention d'une arme

La détention d'une arme requiert une autorisation. Cette autorisation n'est accordée qu'aux personnes répondant à des conditions spécifiques. En vertu de l'article 11, § 3, 6°, de la loi, celle-ci est subordonnée à la présentation d'une attestation médicale "confirmant que le demandeur est apte à la manipulation d'une arme sans danger pour lui-même ou pour autrui".

Le Conseil national déplore la formulation de cet article. La qualification de "médecin" n'implique pas la compétence d'attester l'aptitude à la manipulation

d'une arme". La seule chose qu'un médecin puisse éventuellement attester est que le demandeur ne présente pas de contre-indications physiques ou mentales à la détention d'une arme sans danger pour lui-même ou pour autrui. Le Conseil national invite dès lors les médecins à utiliser le modèle d'attestation ci-joint.

Le Conseil national estime, en outre, que l'aptitude médicale à la détention d'une arme sans danger pour soi-même ou pour autrui ne peut être attestée que par le médecin traitant, qui est éventuellement le gestionnaire du dossier médical global du patient si celui-ci dispose de ce dossier.

En effet, le but de l'attestation médicale dont question à l'article 11 est de certifier l'absence de contre-indications médicales qui feraient clairement obstacle à la détention d'une arme (par exemple, l'alcoolisme, la dépression ou l'épilepsie).

Le port d'une arme à feu

L'article 14 prévoit qu'une attestation médicale est requise pour le port d'une arme à feu.

Cette attestation doit être délivrée par un médecin reconnu à cet effet par le ministre de la Justice. L'arrêté ministériel du 16 octobre 2008 portant reconnaissance des médecins compétents pour la délivrance d'une attestation visée à l'article 14 de la loi sur les armes concrétise la notion de « médecin ». Ce médecin doit être le médecin généraliste qui gère le dossier médical global du demandeur ou le médecin qui déclare le suivre depuis au moins un an, et à défaut de ceux-ci, un psychiatre ou un neuropsychiatre.

Si le patient est un employé d'une société de gardiennage, il peut également demander une attestation au médecin du travail pour autant que celui-ci recueille l'avis du médecin mentionné ci-dessus.

Il doit ressortir de l'attestation que le demandeur ne présente pas de contre-indications physiques ou mentales pour le port d'une arme.

Le Conseil national recommande que les médecins spécialistes prennent contact avec le médecin traitant avant d'établir ce type attestations.

Le présent avis remplace les avis du Conseil national des 19 février 2002, 19 octobre 2002 et 3 mars 2007 concernant la même problématique.
cc. Monsieur Stefaan De Clerck, ministre de la Justice

Annexe : modèle d'attestation médicale 'détention d'arme'.

ATTESTATION MEDICALE

délivrée en application de l'art. 11, § 3, 6° de la loi du 8 juin 2006 réglant des activités économiques et individuelles avec des armes (M. B., 9 juin 2006).

Le soussigné,
.....
médecin, déclare que

madame / monsieur (1).....

né(e) àle.....
.....

adresse
.....

le :
ne présente pas de contre-indication physique ou mentale à la détention d'une arme au sens de la loi précitée.

Valable du au

DATE
Signature et cachet du
médecin

(1) Biffer la mention inutile

Agrément des comités d'éthique médicale (21/03/2009)

MOTS-CLES :
Comité d'éthique médicale
REFERENCE :
a1250011f

En raison de la création du Comité consultatif de bioéthique et des nouvelles modalités concernant les comités d'éthique hospitaliers définies dans la loi du 7 mai 2007 relative aux expérimentations sur la personne humaine, le Conseil national a interrogé le ministre de la santé publique concernant le rôle du Conseil national dans l'agrément des comités d'éthique.

LETTRÉ DU CONSEIL NATIONAL À MADAME L. ONKELINX, VICE- PREMIÈRE MINISTRE ET MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE :

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 3 novembre 2008 en réponse à son courrier du 25 septembre 2008 relatif aux comités d'éthique locaux.

Le Conseil national note votre requête de réorienter toutes les demandes d'agrément pour les comités d'éthique hospitaliers, adressées au Conseil national de l'Ordre des médecins, vers les entités fédérées alors que les demandes d'agrément pour les comités d'éthique appelés à rendre un avis sur un protocole

d'expérimentation humaine relèvent de la compétence du ministre fédéral.

Il a également noté qu'en ce qui concerne les comités non hospitaliers qui ne sont pas agréés par le ministre en vue de l'évaluation des protocoles d'expérimentation, aucune demande ne doit être introduite par ceux-ci, que ce soit auprès de l'autorité communautaire ou fédérale ou auprès du Conseil national.

En conclusion, le Conseil national de l'Ordre des médecins ne porte donc plus aucune responsabilité quant au traitement des demandes d'agrément pour les comités d'éthique. Nous souhaitons par la présente vous confirmer que le Conseil national ne souhaite plus s'en occuper et que toute demande d'agrément sera effectivement réorientée.

Refus d'attestation médicale – Demandeurs d'asile (21/03/2009)

MOTS-CLES :
Certificat – Demandeurs d'asile
REFERENCE :
a1250012f

L'avis du Conseil national est demandé dans la problématique suivante :

Sur la base de l'article 10ter de la loi du 15 décembre 1980 relative à l'accès, le séjour et l'éloignement des étrangers, des demandeurs d'asile prient leur médecin (traitant), de leur délivrer une attestation médicale circonstanciée dans le but de solliciter un statut de séjour en raison de leur état de santé, vu l'impossibilité de recevoir des soins (équivalents) dans leur pays d'origine. A condition de disposer d'une attestation médicale et d'un document d'identité, cette procédure est suivie d'un permis de séjour provisoire renouvelable tous les trois mois jusqu'à la décision sur le fond.

Dans certains cas, cette procédure ne conduira jamais à une régularisation définitive. La rédaction de ces attestations médicales n'est pas toujours fondée, car certains parmi les demandeurs n'ont guère ou pas du tout de problèmes de santé.

Les médecins (traitants) peuvent-ils refuser ces attestations médicales lorsqu'elles ne sont pas fondées ?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 1er décembre 2008 demandant si des attestations médicales peuvent être refusées lorsqu'elles ne sont pas justifiées.

Le Conseil national rappelle son avis du 28 juillet 2007 concernant les « attestations médicales, attestations dixit et attestations antidatées » (Bulletin du Conseil national, n°117, p.13).

Cet avis énonce qu'« une attestation

médicale est un certificat qui constate et confirme un fait d'ordre médical à la suite de l'interrogatoire et de l'examen d'un patient. Elle est délivrée par le médecin qui a constaté lui-même le fait. Il est évident que l'attestation médicale doit être entièrement conforme à la réalité et ne peut contenir que des observations médicales au sujet du patient. [...] Tout certificat médical doit respecter la vérité et être d'une rigoureuse exactitude, car il engage l'honneur et la responsabilité du médecin qui le signe. Il doit être daté du jour de sa rédaction, signé et authentifié par un cachet. Dans ces conditions, le certificat médical bénéficie de façon irréfutable de la présomption de crédibilité. »

L'article 67 du Code de déontologie médicale dispose que « le médecin a le droit mais non l'obligation de remettre directement au patient qui le lui demande un certificat concernant son état de santé. Le médecin est fondé à refuser la délivrance d'un certificat. [...] Lorsque le certificat est demandé par le patient dans le but de lui permettre d'obtenir des avantages sociaux, le médecin est autorisé à le lui délivrer en faisant preuve de prudence et de discrétion dans sa rédaction ou éventuellement à le transmettre, avec son accord ou celui de ses proches, directement au médecin de l'organisme dont dépend l'obtention des avantages sociaux. »

Le Conseil national estime que le médecin traitant doit avoir une raison légitime de refuser au patient le certificat qu'il demande à propos de son état de santé, et doit la lui communiquer.

Le Conseil national estime qu'en l'espèce, le médecin peut difficilement refuser un certificat médical. Dans la procédure, la décision définitive doit être prise par un médecin désigné à cet effet.

Mesurages de l'aptitude à l'activité physique

(21/03/2009)

MOTS-CLES :

Compétence du médecin

REFERENCE :

a1250013f

L'Ordre des Pharmaciens a été mis au courant de l'initiative « MobilOforme » d'une mutuelle pour laquelle une collaboration a été demandée à quelques pharmaciens. Cette action concerne une caravane itinérante proposant des tests et des conseils-forme aux plus de 18 ans.

Il est demandé au Conseil national s'il considère certains de ces actes effectués comme réservés aux médecins.

RÉPONSE DU CONSEIL NATIONAL À UN COURRIER DE L'ORDRE DES PHARMACIENS :

En ses séances du 21 février et du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 12 janvier 2009.

Vous souhaitez savoir si l'Ordre des médecins considère que certains actes (mesurages et non « auto-mesurages » pour apprécier la condition physique de personnes) doivent être réservés aux médecins. Vous avez annexé à votre correspondance une lettre d'une mutuelle dans laquelle celle-ci présente la « MobilOforme » qui propose un « état des lieux » de la condition physique pour toute personne intéressée : sur la base d'un questionnaire d'aptitude à l'activité physique, de mesures anthropométriques et de tests dynamiques, un programme de remise en forme adapté à la condition de chacun serait élaboré.

Le Conseil national estime en premier lieu qu'une anamnèse bien conduite par un médecin est la condition pour évaluer la capacité d'une personne à réaliser un test sans risque majeur pour sa santé. Un questionnaire d'aptitude à l'activité physique ne saurait pas totalement la remplacer.

Ensuite, comme les tests physiques peuvent entraîner un risque potentiel pour la santé des personnes qui devraient les effectuer, même si ce risque est faible, le Conseil national estime qu'ils ne devraient être réalisés qu'en présence d'un médecin sous sa supervision et sa responsabilité, d'autant plus que la « MobilOforme » veut sensibiliser un large public.

Traitement d'un patient présentant une tuberculose multirésistante

(21/03/2009)

MOTS-CLES :

Maladies transmissibles - Médecin sous statut d'indépendant

REFERENCE :

a1250014f

Un conseil provincial soumet au Conseil national la question suivante : un anesthésiste peut-il refuser des soins à un patient présentant une tuberculose multirésistante au motif qu'en raison de son statut d'indépendant, il ne peut faire appel au Fonds des maladies professionnelles en cas de problèmes.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de savoir si

un anesthésiste peut refuser de placer un cathéter veineux central quand le patient présente une tuberculose multirésistante, parce qu'en qualité d'indépendant, et contrairement aux confrères salariés, il ne peut faire appel au Fonds des maladies professionnelles en cas de problèmes.

Le Conseil national renvoie d'abord à son avis du 24 janvier 2009 concernant l'obligation de traitement. Cet avis souligne que le médecin a une obligation déontologique de traitement et de soins, que ce devoir n'est pas une condition connexe facultative, mais le devoir essentiel de la profession. Accepter cette obligation de traitement ne signifie pas pour autant qu'il faille renoncer à sa propre sécurité ou être imprudent.

Ainsi, l'obligation de traitement entraîne des devoirs de préservation maximale de la sécurité du médecin, de son avenir et de ceux de ses proches, par des mesures de précaution d'hygiène et sociales adéquates, à charge non seulement du médecin concerné, mais également de l'institution et de la société.

Dans le cas concret du traitement d'une tuberculose multirésistante, le Conseil national estime que, si des mesures d'hygiène correctes sont appliquées, dont vous trouvez un exemple en annexe, le risque de transmission au travailleur de la santé est très faible et ne dépend plus que de la mise en place correcte d'un masque adéquat. Dès lors, il ne considère pas qu'en l'occurrence, le statut social puisse avoir un effet discriminatoire et se prononce en faveur d'une juste répartition du risque entre confrères.

Cela n'exclut pas d'œuvrer, en outre, mais secondairement, à un système d'assurance le meilleur possible.

Parents non-cohabitants – Choix du médecin

(21/03/2009)

MOTS-CLES :

Libre choix du médecin – Mineurs d'âge

REFERENCE :

a1250015f

Un père (provisoirement encore marié) demande s'il peut interdire à un médecin généraliste de soigner ses enfants.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 21 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 25 janvier 2009.

Suivant la loi relative aux droits du patient, le patient mineur « qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts » exerce de manière auto-

nome les droits énumérés dans cette loi. Il peut donc choisir librement son médecin (article 6).

Le mineur qui n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts n'exerce pas ses droits de manière autonome. Ces droits sont exercés par les parents.

En vertu de l'article 373 du Code civil, le père et la mère qui vivent ensemble exercent conjointement leur autorité sur la personne de l'enfant. A défaut d'accord entre les parents vivant ensemble, l'un d'eux peut saisir le tribunal de la jeunesse. Il s'agit tant d'un recours a priori que d'un recours a posteriori.

Lorsque les parents ne vivent pas ensemble, l'exercice de l'autorité parentale reste en principe conjoint. A défaut d'accord sur l'organisation de l'hébergement de l'enfant, sur les décisions importantes concernant sa santé, son éducation, sa formation, ses loisirs et sur l'orientation religieuse ou philosophique ou si cet accord lui paraît contraire à l'intérêt de l'enfant, le juge compétent peut confier l'exercice exclusif de l'autorité parentale à l'un des parents.

Secret professionnel et sida – Information du partenaire

(21/03/2009)

MOTS-CLES :

Consentement éclairé – Diagnostic – Relations médecin/patient – Secret professionnel – Sida – Vie privée

REFERENCE :

a1250016f

Un médecin précise son avis du 3 février 2007 (Bulletin du Conseil national n° 116, p. 3) concernant le secret professionnel et le sida à l'occasion des questions suivantes.

1. Quelle attitude doit adopter un médecin vis-à-vis d'un patient séropositif pour le VIH qui déclare refuser de prendre les mesures nécessaires pour éviter de contaminer son partenaire (rapports sexuels protégés ou abstention) ?

2. Ce médecin peut-il, en invoquant l'état de nécessité, informer le ou la partenaire de la séropositivité du patient ?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Tout patient bénéficie du secret professionnel médical et la séropositivité pour le VIH ne constitue pas un critère d'exception.

La stratégie actuelle de lutte contre le sida passe par le dépistage des patients séropositifs pour le VIH, leur traitement précoce et la mise en route des mesures de prévention.

Le dépistage de la séropositivité est la pierre angulaire de cette stratégie. Il se réalise en Belgique sur une base volontaire, le patient ayant la garantie du respect du secret médical.

Le secret professionnel du médecin concernant la séropositivité sert tant la santé du patient (via le traitement du patient dépisté séropositif) que la santé publique (grâce aux mesures de prévention que permet le dépistage).

La lutte contre le sida justifie que le médecin informe le patient séropositif des mesures nécessaires pour éviter une contamination du partenaire sexuel occasionnel ou habituel.

Dans le cas où le patient exprime son refus de souscrire à ces mesures, le médecin doit attirer son attention sur la nécessité d'informer son partenaire de sa séropositivité sous peine que le patient engage sa responsabilité civile et pénale.

C'est le patient dûment informé qui communique le fait de sa séropositivité à son partenaire sexuel. Le médecin lui propose toute aide nécessaire à la concrétisation de cette information, dont sa réalisation en sa présence.

Dans ces circonstances, il est utile que le médecin sollicite l'avis ou l'aide d'un collègue ayant une expérience particulière dans la prise en charge des patients séropositifs pour le HIV.

Le Conseil national est interrogé sur le cas exceptionnel où le patient refuse de prendre les mesures nécessaires ou d'informer son partenaire de sa séropositivité, et de la possibilité pour le médecin, confronté à cette situation, d'invoquer l'état de nécessité.

L'état de nécessité est défini comme étant une situation exceptionnelle dans laquelle la violation de dispositions pénales (en l'espèce l'article 458 du Code pénal) et de valeurs et d'intérêts juridiques pénalement protégés constitue le seul moyen de préserver d'autres valeurs et intérêts juridiques supérieurs.

Face à une telle situation, un dilemme se présente : soit on respecte strictement la loi pénale et on tolère que les valeurs ou intérêts juridiques de quelqu'un soient violés, soit on sacrifie une valeur juridique considérée comme inférieure afin de préserver une valeur ou un intérêt juridique vu comme supérieur.

La notion d'état de nécessité peut s'appliquer en matière de secret professionnel médical dès lors qu'il est admis que celui-ci n'a pas un caractère absolu et peut exceptionnellement entrer en concurrence avec d'autres valeurs.

Il est essentiel que l'état de nécessité invoqué par un médecin puisse être admis avec une quasi certitude par le juge disciplinaire ou pénal et par la société.

Il est tout aussi essentiel que des confrères du médecin traitant estiment également, sur la base de leur expérience et de leur connaissance spécifique du problème en question, que l'état de nécessité invoqué justifie de s'écarter des règles du secret professionnel. Un avis donné par ces confrères après examen du patient aura plus de poids qu'un avis donné sur la base des pièces du dossier médical.

Il est également important de se demander si le fait de rompre le secret professionnel ne sera pas préjudiciable au traitement ultérieur du patient et aux possibilités de traitement de patients atteints de la même affection ou d'une affection similaire, car la communication à des tiers est susceptible d'ébranler la confiance dans la médecine.

Le médecin veille à colliger au dossier médical du patient à la fois les démarches entreprises et la persistance de son refus de prendre les précautions nécessaires à la protection du partenaire.

En conclusion, les valeurs supérieures qui, dans le cadre de l'état de nécessité, justifient la divulgation du secret médical doivent s'interpréter de manière restrictive et en aucun cas il n'est fait obligation au médecin de parler. Le médecin concerné est seul habilité à décider, en conscience et au cas par cas, s'il y a état de nécessité qui justifie qu'il viole le secret médical. Même avec l'aval de confrères expérimentés, c'est d'abord sa responsabilité personnelle, tant morale que juridique, qu'engage le médecin en prévenant lui-même le partenaire de son patient.

RÉUNION DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DU 26 MARS 2009

Protocole “The Belgian Living Donor Exchange” (26/03/2009)

MOTS-CLES :

Organes (Don d') - Transplantation

REFERENCE :

a12500017f

Le protocole “The Belgian Living Donor Exchange” a été soumis pour approbation au Conseil national de l'Ordre des médecins.

L'avis du Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins est le suivant :

« Le Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins a analysé votre demande d'avis concernant « The Belgian Living Donor Exchange Protocol ». Le Bureau n'a pas d'objection déontologique concernant le protocole, mais vous conseille néanmoins d'y insérer le « donors advocate ». Il s'agit d'un médecin qui examine le donneur vivant et lui fournit toutes les informations indépendamment de l'équipe de transplantation, de manière à être sûr que le donneur n'est pas influencé. »

Actualisation de la Déclaration d'Helsinki, Séoul, octobre 2008

Pr A. Herchuelz

La Déclaration d' Helsinki (DoH) est la déclaration la plus connue et sans doute la plus suivie des déclarations de l' Association Médicale Mondiale (AMM ; en anglais World Medical Association : WMA)(1).

Adoptée pour la première fois en 1964, la Déclaration fixe les normes à respecter dans le domaine de l'expérimentation humaine, et ce afin d'assurer la meilleure protection possible des patients et des volontaires sains qui acceptent d'y participer. L'AMM étant formée d'associations médicales de plus de 80 pays différents, la Déclaration fait autorité dans le monde. En Belgique, la Déclaration d' Helsinki est mentionnée dans la loi sur l'expérimentation humaine (7 mai 2004), et il y est même spécifié que c'est la dernière version qui est d'application (2). Depuis son adoption en 1964, la Déclaration a été révisée à 6 reprises, la dernière fois en octobre 2008 à Séoul. L'adoption de 2008 a marqué la fin d'une période de 18 mois de consultation de toutes les parties concernées (associations médicales nationales, associations médicales scientifiques et éthiques, autorités compétentes, industrie pharmaceutique, éditeurs des grandes revues scientifiques médicales etc...).

Fallait-il vraiment réviser la Déclaration d'Helsinki ?

Tout d'abord, l'AMM a comme politique générale de réviser régulièrement ses déclarations. Comme la dernière révision de la DoH datait de 2000, il apparaissait opportun de la réviser. Par ailleurs, il est apparu assez rapidement après la publication de la version de 2000 que 2 articles, à savoir l'article 29 concernant le placebo et l'article 30 concernant l'accès au bénéfice de la recherche en fin d'étude étaient l'objet de contestations, notamment par les autorités compétentes américaines (Food and Drug Administration, FDA)(3). En 2004, 2 notes clarificatrices concernant les 2 articles litigieux avaient été ajoutées, apparemment sans résoudre la problématique. Une révision pouvait donc permettre d'harmoniser les points de vue et d'incorporer la note clarificatrice dans le texte. Manifestement, la nouvelle version n'a pas eu l'effet escompté puisque le 27 octobre 2008, soit quelques jours après la publication de la Déclaration, la FDA déclarait ne plus accorder sa confiance à la DoH et y substituait la Directive concernant les bonnes pratiques cliniques (Guideline for Good Clinical Practice ou GCP) adoptée par la Conférence Internationale sur l'Harmonisation (International Conference on Harmonisation ou ICH), ce qui en soit pose problème (4).

Une autre raison était de répondre aux changements de l'environnement médical, en particulier suite à différents scandales en matière d'étude, d'enregistrement et de mise sur le marché de médicaments, en augmentant la transparence dans le domaine de la recherche médicale et en augmentant la protection des patients participant aux études.

Une raison supplémentaire de réviser était de voir s'il ne fallait pas compléter la déclaration dans certains domaines non encore couverts comme l'éthique en matière de recherche sur des données médicales et le matériel corporel humain. Enfin, il y avait lieu de réviser le texte sur le plan terminologie et aussi d'uniformiser les 3 versions linguistiques officielles (anglais, français et espagnol).

Qu'est-ce qui a changé ?

Avant de commencer, il a été décidé de ne pas trop modifier la présentation générale du texte et par exemple de ne pas ajouter un long préambule comme certains le souhaitaient. Deuxièmement, il a été considéré que la déclaration était une déclaration de principes éthiques et qu'il n'était pas souhaitable que soient envisagés tous les cas de figures susceptibles de se présenter, la déclaration n'étant pas un ouvrage de référence sur la façon d'appliquer les principes. C'est sur cette base que diverses propositions faites par la délégation belge ont été réfutées.

Le 1^{er} paragraphe a été reformulé afin de clarifier le but, la portée de la déclaration et ses destinataires. Une phrase est ajoutée au paragraphe spécifiant que « la déclaration est un tout indissociable et qu'aucun paragraphe ne peut être appliqué sans tenir compte de tous les autres paragraphes pertinents », ceci afin d'éviter toute interprétation unilatérale d'un paragraphe, inconsistante avec le reste du document.

Le paragraphe 2 précise ensuite que la « déclaration s'adresse principalement aux médecins mais que l'AMM invite les autres participants à la recherche médicale exemple les infirmiers et les infirmières à adopter ces principes ». Au cours des discussions, la possibilité d'une déclaration commune à tout le personnel de santé avait été envisagée, mais l'AMM a préféré une formule suggérant aux autres personnels de santé d'adopter la Déclaration.

Au paragraphe 3 est ajouté que le devoir du médecin s'applique également aux personnes impliquées dans la recherche médicale.

La nouvelle version de la Déclaration renforce son principe fondamental de protection du patient/sujet participant à recherche, protection qui doit prévaloir sur tout autre intérêt. Loin de décourager la recherche, ce principe encourage au contraire l'accès à la recherche des populations sous-représentées sur le plan de leur participation à la recherche (nouveau paragraphe 5).

Le paragraphe 10 termine l'introduction du document en renforçant l'importance de la Déclaration en ces termes : « les protections garanties par la présente Déclaration aux personnes impliquées dans la recherche ne peuvent être restreintes ou exclues par aucune disposition éthique, légale ou réglementaire, nationale ou internationale ».

Les nouveaux paragraphes 14 et 15 détaillent de façon plus claire en les séparant, les éléments devant figurer dans le protocole d'expérimentation et les éléments devant être soumis pour avis au comité d'éthique.

Au paragraphe 14 est ajouté que « le protocole devrait... indiquer comment les principes de la présente Déclaration ont été pris en considération », ceci afin d'encourager les chercheurs à étudier soigneusement les aspects éthiques de la recherche.

Au paragraphe 17 est repris une phrase de l'ancien paragraphe 19 concernant les populations défavorisées ou vulnérables

précisant que la recherche sur ces populations « se justifie uniquement si la recherche répond aux besoins et priorités sanitaires de cette population ou communauté et si, selon toute vraisemblance, les résultats de la recherche seront bénéfiques à cette population ou communauté ».

Un nouveau paragraphe 19 a été ajouté qui précise que « Tout essai clinique doit être enregistré dans une banque de donnée accessible au public avant que ne soit recruté la première personne impliquée dans la recherche. » L'idée est ici d'éviter que les études donnant des résultats négatifs ne soient dissimulées et que dans le cas d'un dossier médicalement ne soient soumises à l'enregistrement et à l'autorisation de mise sur le marché que les études positive en faveur du médicament.

Le nouveau paragraphe 22 est ainsi formulé qu'il autorise une participation non volontaire à la recherche de personnes non capables comme traité dans les paragraphes 27-29.

Le nouveau paragraphe 25 aborde la difficile question de la nécessité d'obtenir le consentement du sujet pour le prélèvement, l'analyse, le stockage et /ou la réutilisation des tissus ou des données d'origine humaine. En effet, lors de l'utilisation ultérieure de données et de tissus humains, il n'est pas toujours possible d'obtenir le consentement du sujet, ex. parce que le patient est décédé ou parti sans laisser d'adresse. Peut-on dans ce cas faire des études sur les données ou les tissus résiduels ? La Déclaration stipule que le médecin doit normalement solliciter le consentement du sujet. Normalement signifie que dans les cas où le consentement est impossible à obtenir, la recherche peut néanmoins être faite. Cependant la décision n'est pas laissée au chercheur. En effet, c'est au Comité d'éthique de décider si une exemption au consentement est acceptable au vu des justificatifs fournis par le chercheur.

Au paragraphe 27, des éléments de protection supplémentaires sont ajoutés pour les sujets de recherche physiquement ou mentalement incapables de donner leur consentement tout en autorisant des recherches à haut risque qui peuvent être bénéfiques aux sujets de la recherche.

Comme signalé plus haut, les 2 pierres d'achoppement principales de la version précédente de la déclaration étaient les points concernant le placebo et l'accès au bénéfice de la recherche une fois celle-ci terminée. Après longue discussion, le texte adopté concernant le placebo (paragraphe 32) est le suivant :

« Les bénéfices, les risques, les inconvénients, ainsi que l'efficacité d'une nouvelle intervention doivent être testés et comparés à ceux de la meilleure intervention courante avérée, sauf dans les circonstances suivantes :

- L'utilisation de placebo, ou le fait de ne pas administrer de traitement, est acceptable lorsqu'il n'existe pas d'intervention courante avérée; ou
- l'utilisation d'un placebo afin de déterminer l'efficacité ou la sécurité d'une intervention est nécessaire pour des raisons de méthodologie incontournables et scientifiquement fondées, et les patients recevant le placebo ou aucun traitement ne courent aucun risque de préjudices graves ou irréversibles. Le plus grand soin doit être apporté afin d'éviter tout abus de cette option. »

Le texte concernant l'accès aux bénéfices de la recherche est le suivant (paragraphe 33):

« A la fin de l'étude, les patients impliqués ont le droit d'être informés des conclusions de l'étude et de profiter de tout bénéfice en résultant, par exemple, d'un accès aux interventions identifiées comme bénéfiques dans le cadre de l'étude ou à d'autres soins ou bénéfices appropriés. »

Par rapport aux autres points, l'accueil de ces 2 derniers points par les diverses délégations, s'est avérée moins unanime.

Conclusions

La Déclaration doit être regardée comme un « document vivant » et donc susceptible d'améliorations ultérieures. Eu égard à la très large consultation des parties intéressées, la Déclaration n'est pas simplement une police interne mais une déclaration universelle concernant l'éthique de la recherche médicale.

Finalement, le mieux étant l'ennemi du bien, il est apparu préférable d'améliorer la Déclaration de façon partielle plutôt que d'essayer d'atteindre en la matière la perfection absolue. La DoH aurait pu être meilleure encore mais il est apparu à l'assemblée générale de l'AMM qu'elle était suffisamment bonne pour le moment et qu'elle était une amélioration par rapport à la version précédente.

Après adoption de la version anglaise, la version française a été révisée par une représentant de la délégation Suisse (Dominique Sprumont, Université de Neuchâtel) et de la délégation Belge (André Herchuelz, Université Libre de Bruxelles) afin de la rendre plus consistante et proche de la version anglaise. Leur version a été adoptée par l'AMM plutôt que celle des traducteurs officiels de l'AMM avalisée par la délégation française.

(1) <http://www.wma.net/ff/index.htm>

(2) Arrêté royal du 30 juin 2004 déterminant des mesures d'exécution de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine en ce qui concerne les essais cliniques de médicaments à usage humain. [Art. 10](#). (AR 2006-05-18/31, art. 1, 002; En vigueur : 05-06-2006). Les informations cliniques et non cliniques disponibles sur le médicament expérimental doivent être appropriées à l'appui de l'essai clinique proposé. Les essais cliniques sont menés dans le respect de la **déclaration d'Helsinki** sur les principes éthiques applicables aux recherches médicales sur des sujets humains, adoptée par l'assemblée générale de l'Association médicale mondiale, dans sa **dernière édition disponible** .

(3) Voir Helsinki et la Déclaration d'Helsinki, Guy De Roy, Bulletin du Conseil National, 102, 9-11, 2003.

(4) Cette problématique sera abordée dans un article ultérieur.

Rapport de la réunion du CPME, Prague, 13-14 mars 2009

Pr G. De Roy
Dr. R. Kerzmann

Préambule

Les réunions des commissions, du Conseil et de l'Assemblée générale du CPME se sont tenues à Prague les 13 et 14 mars 2009. Une centaine de participants représentant des associations médicales de 26 pays de l'Union européenne étaient inscrits. La délégation belge était conduite par le docteur R. Lemye, et le Conseil national était représenté par les docteurs J.L. Desbuquoit, R. Kerzmann et G. De Roy.

Commentaire concernant la commission Ethique et Déontologie

Voir annexe 1

Commentaire concernant la commission Santé publique

Voir annexe 2

Réunion du Conseil et de l'Assemblée générale

Voir annexe 3

Conclusion

Les nombreuses et très diverses activités du CPME illustrent une fois de plus que le CPME est toujours davantage consulté comme unique interlocuteur par la Commission européenne et d'autres groupements d'intérêts dans toutes sortes de domaines. Il est clair que cet acquis ne peut être maintenu que si le CPME reste uni. Dans ce cadre, les discussions avec les représentants de la France, de l'Italie et de l'Espagne, pour essayer de les convaincre de retirer leur démission, sont d'une importance cruciale.

Après des négociations de réconciliation entre le CPME et les pays démissionnaires, dans lesquelles le CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins Français) a joué un rôle de premier plan, le CPME est enfin prêt à intégrer le vote pondéré dans les statuts. Le comité exécutif a reçu procuration pour exécuter cette mission. L'approbation des statuts révisés est inscrite à l'agenda de l'Assemblée générale d'octobre 2009 à Winchester. Cette concession de la part du CPME suffirait pour que le CNOM retire sa démission. L'Espagne n'a pas communiqué sa position ; l'Italie fera connaître la sienne après ses élections ordinaires de juin 2009. Le Portugal et la Slovénie maintiennent leur démission conservatoire. Il est supposé que si le CNOM retire sa démission, les associations médicales des autres pays suivront. Il n'y a donc pas encore de solution finale mais les négociations continuent, ce qui en soi est porteur d'un petit espoir. Dommage que la France, l'Italie et l'Espagne n'aient pas participé aux réunions du Conseil ni à l'Assemblée générale alors qu'ils y étaient autorisés.

Une initiative importante est l'organisation en juin 2009 d'une réunion commune du CPME et des EMO. EMO signifie European Medical Organisations. Elles regroupent les membres associés du CPME ; il s'agit entre autres de l'UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes), de l'UEMO (Union Européenne des Médecins Omnipraticiens), de l'EANA (Union Européenne des Médecins en pratique libérale), du CEOM (Conseil Européen des Ordres des Médecins), de la FEMS (Fédération Européenne des Médecins Salariés) et de

l'AEMH (Association Européenne des Médecins Hospitaliers). Elles tiennent leurs propres réunions, dont l'ordre du jour contient bon nombre de sujets également discutés au sein du CPME, ce qui conduit à des répétitions inutiles. Des réunions communes rassemblant les compétences propres à chacune des EMO permettraient une meilleure coordination des activités. Cela contribuerait à rendre le fonctionnement du CPME plus performant.

L'extension du personnel du secrétariat du CPME avec l'arrivée de mesdames Sophie Peresson (juriste conseil) et Irène Klepinine (secrétaire) est accueillie favorablement. Il règne un bon esprit d'équipe au sein du secrétariat du CPME : tous les membres sont heureux de pouvoir travailler sous la direction experte du secrétaire général, dont il est souvent fait l'éloge.

La réunion du CPME d'octobre à Winchester sera la dernière sous la présidence du docteur Michael Wilks. Traditionnellement, c'est l'occasion de faire le point. A partir de 2010, le docteur Konstantin Radziwill exercera la fonction de président. En tant que candidat unique, il était bien conscient qu'en ces temps mouvementés que traverse le CPME, la présidence est certes un honneur mais surtout un cadeau empoisonné.

Annexe 1 : Commentaires sur la réunion Ethique et codes de Déontologie (13/03/2009)

Point 3. Livre vert sur les professionnels européens de la santé Dr. JANBU

Antécédents : En date du 10 décembre 2008, la Commission européenne a adopté un Livre vert sur les professionnels européens de la santé et a entamé le processus de consultation. La date limite pour recevoir les commentaires relatifs au Livre vert a été fixée au 31 mars 2009.

Étant donné que le Livre vert traite de nombreux sujets abordés dans les 4 commissions, le document sera soumis à consultation dans toutes les commissions. Un groupe de travail conjoint, dirigé par la commission Soins de santé, a été désigné afin d'élaborer la réponse du CPME au processus de consultation. Ce groupe de travail est intégré par le Dr. Mart (président), le Dr. Wilks, Mme. Wucsits, le Dr. Balzan, le Dr. Fjeldsted, le Dr. Guimaraes (PWG), le Dr. Janbu, le Dr. John, le Dr. Mailet (UEMS), le Dr. Montgomery, le Dr. Nilsson Bagenholm, le Dr. Palve, le Dr. Radziwill, le Dr. Stehlikova, le Dr. Wetzel (FEMS), Mme. Roesel-Schmidt, le Dr. Van Bolderen, le Dr. Lemye et le Dr. Van der Vliet.

Lors de la réunion des présidents des commissions qui s'est tenue en janvier, il a été décidé que chacun des 4 présidents des commissions apporterait sa contribution à la réponse du CPME au Livre vert. Les présidents solliciteront des informations au groupe de travail et prépareront ensemble un document de décision.

Objectif : influencer la politique de l'Union européenne.

Proposition : Se mettre d'accord sur une réponse du CPME à la consultation relative au Livre vert sur les professionnels de la santé en Europe.

Ce document doit être discuté en commun avec la commission Santé publique (cf. notes de commentaires correspondantes).

Point 4 : Enseignement de la Déontologie médicale

Le Professeur Gillon fait rapport sur le document qui se situe en résumé à l'agenda.

Point 5 : Dons d'organes : quid du consentement ?

La discussion menée a pour but de définir et formuler la position du CPME à ce sujet. Un certain nombre de pays a répondu (dont la Belgique) et le travail doit être poursuivi ; un nouveau rapporteur doit être nommé (non trouvé) et l'évolution de ce dossier est reportée au mois de juin. Voir à ce sujet les documents [CPME Info 2008-242](#) et [CPME 2009-47](#).

Point 6 : Le rôle des professionnels de la santé

Le projet de position est repris dans le document [CPME 2007/003 REV 3 EN/FR](#)

Cette proposition est relative à l'autonomie professionnelle et à l'indépendance en matière hospitalière du corps médical en Europe. Elle se situe entre la nécessaire liberté diagnostique et/ou thérapeutique et les exigences de limite de dépenses des services de soins de santé mais aussi des droits des patients.

Point 7 : Codes de conduite européens

Le Docteur Van Leeuwen présente les résultats du groupe de travail constitué pour étudier l'intérêt d'établir un code de conduite européen pour les professions de santé, code qui existe pour la plupart des organisations. Il penche pour la non implication du CPME dans cette direction. Le travail fait ne sera dès lors présenté en AG que pour information.

Point 8 : Suspension ou interruption du traitement de prolongation de vie pour des patients atteint de maladie grave et ou en phase terminale

Les résultats sont présentés ; ils sont repris dans le document CPME 2009-46. Il apparaît, comme on pouvait s'y attendre, qu'il y a de singulières différences entre les pays qui ont répondu (18/26). Lors de la prochaine de juin, un document reprenant les principales zones de correspondance sera préparé pour discussion. Voir aussi à ce sujet le document de réflexion CPME 2009-59

Point 9 : Information génétique à des fins d'assurance

Ce problème risque de devenir de plus en plus préoccupant à l'avenir (et l'est déjà semble-t-il dans certains pays), la réflexion pouvant davantage être menée sur un plan purement éthique que sur des bases législatives ; l'intérêt des compagnies d'assurance est en effet d'obtenir un maximum d'informations afin d'adapter leur prime de couverture. Le risque pour le patient est de voir celle-ci exploser en cas de refus de transmission des données génétique en sa possession. Ce sujet va être retravaillé pour être à nouveau revu en juin.

Point 10 : Solidarité en matière de santé et inégalités de la santé

Il faut sur ce domaine (commun avec la commission Santé publique) établir une proposition de réponse à la consultation [CPME Info 2009-024](#)

Point 11 : La santé en ligne

Le but de la réflexion menée sur ce sujet placé en étude « évolutive » est cette fois de répondre à l'adoption de la Communication faite par la Commission européenne, le 04 novembre dernier, de soutenir et d'améliorer l'accès à la télémédecine des citoyens européens et des professionnels de

la santé et de prendre une décision en ce qui concerne le document de projet de position.

Point 12 : Commerce équitable et éthique des produits médicaux

Ce point a pour objectif d'incorporer cette nouvelle question à l'ordre du jour de mars de la commission. Elle traite de la nécessité d'un approvisionnement éthique des produits médicaux qui puisse garantir que les produits sont fabriqués dans des pays ayant des conditions correctes de travail et des salaires équitables. Le Dr. Janbu a préparé un document de position du CPME sur cette question.

Pour plus d'informations : www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/fairandethicaltradegroup

Annexe 2 : Commentaires sur la réunion de la commission Santé Publique (13/03/2009)

Point 3 : Carte européenne d'assurance maladie Mme VERTONGEN

Mme Vertongen est le Chef de l'Unité des programmes de sécurité sociale et libre circulation des travailleurs au sein de la DG EMPL. Elle présentera à la commission la campagne de promotion de la Carte européenne d'assurance maladie (CEAM).

La SC commentera les possibilités d'aborder la question.

Objectif : Diffuser des informations sur la Carte européenne d'assurance maladie.

Proposition : Commenter les possibilités d'aborder la question.

Commentaires suite à la présentation effectuée :

4 points doivent être pris en considération :

- Cette carte constitue la preuve de l'« assurance » du patient dans son propre pays et dès lors dans l'espace européen.

- Elle ne doit recouvrir que les soins

« nécessaires » (urgences essentiellement et opérations non prévisibles)

- Elle doit tenir compte des politiques différentes de remboursement dans les différents pays de l'espace européen et tendre vers le remboursement selon un « socle » commun d'intervention des caisses d'assurance « maladie ».

- Le délai pour y arriver risque d'être long (et en tous cas de plus des 2 ans annoncés par Madame Vertongen) et il y a un intérêt certain à exercer un lobby auprès des différents pays pour au moins faire reconnaître l'existence de cette carte.

Point 4 : Livre Vert sur les professionnels européens de la santé

L'ensemble des propositions peut être repris comme tel mais quelques amendements seront discutés et rédigés en fonction des interventions menées en séance du Conseil.

Point 5 : Droits des patients en matière de soins hospitaliers

Même remarque que pour le point 4

Point 6 : La santé en ligne

Le document de synthèse du Dr Pruckner est commenté et présenté (voir le document 2009/37)

Point 7 : Directive européenne sur le temps travail

Les négociations de conciliation se poursuivent mais pas nécessairement dans le sens espéré tant qu'à présent ; plusieurs options sont envisagées, la plupart maintenant l'opt-out ; le Dr. Wetzel ne désespère toutefois pas une évolution favorable, notamment après les prochaines élections, et il souhaiterait, pour sa part, que les points litigieux (temps de travail inactif, opt-out,...) soient envisagés séparément et non de façon liée, ce qui complique considérablement les négociations. Wait and see en attendant les résultats des négociations en cours dont la date limite est le 1^{er} avril prochain.

Point 8 : La sécurité des patients

Ce point peut se résumer dans les recommandations telles que reprises dans le document CPME Info 2008-250.

Point 9 : Solidarité en matière de santé et inégalités de la santé

Le document présenté en réponse à la consultation est le CPME Info 2009-024 (à consulter) ; ce sujet partagé avec la commission éthique et code de déontologie a une date limite de réponse très proche puisqu'il s'agit du 1^{er} avril prochain.

Point 10 : Dons d'organe

La problématique de la Directive est exposée dans l'agenda, le Dr. Montgomery n'étant pas présent pour présenter la proposition de réponse.

Point 11 : Secteur pharmaceutique

Point 12 : Etude du PWG sur le personnel médical

Un rapport oral est présenté sur l'état d'avancement du travail auquel participent toutes les organisations associées.

Point 13 : Conseil de direction de l'EMEA

Uniquement pour info.

Annexe 3 : Réunion du Conseil et de l'Assemblée générale (14/03/2009)

Appel des membres : 26 Délégations présentes

Agenda approuvé

Approbation du P.V. de la réunion de Londres : unanimité

Rapport du Président : le résumé est le document [CPME 2009-051](#)

A côté de la revue de ses activités durant les derniers mois, le Président Wilks insiste sur les nombreuses évolutions de la santé en ligne (qui est d'ailleurs au menu de 2 sous-commissions) et remercie le comité stratégique pour son implication dans la recherche d'une solution dans la problématique soulevée par les pays démissionnaires.

5. Approbation (point 7 de l'agenda) du PV de la réunion du Comité exécutif d'octobre 2008 (cf. document [CPME 2009-054](#))

6. Affaires internes (point 10 de l'agenda): en préambule, le Président rapporte la nécessité d'un changement de fonctionnement et d'« atmosphère » du CPME qui doit rester

l'organisation phare, celle qui est contactée par l'UE pour l'éclairer et la conseiller sur les problèmes liés à la santé.

Le Dr. Radziwill fait ensuite rapport rapide sur l'historique de la démission des pays concernés (France, Italie, Espagne) et sur les demandes initialement formulées (vote pondéré...) tout en soulignant au besoin les difficultés qui risquent d'être rencontrées à l'avenir en leur absence confirmée. Il présente ensuite les propositions (Document [CPME 2009-015](#)) de modification actuellement négociées des statuts ; en résumé et pour les élections → 1 pays = 1 voix et majorité simple ; pour les autres matières, pondération des votes avec création de 5 groupes en fonction du nombre de médecins comptabilisés/pays et majorité des ¾ plutôt que « double majorité » (alternative discutée). Comme base de détermination des voix, on adopterait la règle de 5 voix pour les pays ayant plus de 200.000 médecins inscrits et 1 voix pour les pays avec < de 10.000 médecins (la fourchette de répartition figure au document repris ci-dessous). Par ailleurs, le SG serait préférentiellement un médecin élu... avec un mandat à terme déterminé et renouvelable, son mandat restant bien celui de responsable exécutif de CPME. De la discussion assez large qui suit, la méfiance vis-à-vis de l'attitude potentielle des actuels démissionnaires après un vote qui leur serait favorable est palpable de même que la représentation future de « petites » nations. Il est aussi remarqué que la délégation française en contrepartie n'a rien apporté dans le compromis....

Le document CPME 2009-77 reprend les recommandations du Comité exécutif ; l'assemblée, après une ultime discussion, exprime un vote favorable (17 voix en faveur) pour une prise de décision puis le document est soumis au vote : **en faveur 18 – contre 5 – abstentions 3**. Le comité exécutif peut dès lors élaborer le document définitif.

7. Approbations des PV des réunions du Comité des Présidents

Ils portent sur les réunions d'octobre 2008 et Mars 2009 (Document CPME 2008-243). Les sujets abordés vont de la santé face à la crise financière aux procédures de négociation pour l'EWT

8. Affaires financières : le Dr. Lemye présente tout d'abord les comptes 2008 ; il esquisse ensuite le projet de budget pour 2009 : peu de questions ou de commentaires.

9. Rapports des sous-comités

- **Sous-comité Santé publique, Prévention et Environnement (Document Report et CPME 2009-068)**

Le sous-comité a décidé notamment d'intensifier ses activités actuelles en « Santé mentale » ; plusieurs rapporteurs étant absents, les sujets correspondants n'ont pu être abordés et sont reportés à la réunion de juin 2009 (points 4, 6 1° et 3°) ; le reste n'a consisté qu'en la poursuite de discussions sur divers sujets tels que la polypharmacie, les enquêtes de santé

publique (plateforme EU-nutrition sur les régimes, l'activité physique et la santé), la publicité pour le tabac et la prévention du tabagisme (Document [CPME 2009-016](#) dont le dernier § est modifié devenant « Smokers and users of other manufactured tobacco products should not be incriminated »), la politique de lutte contre le manque d'eau (adoption du Document [CPME 2009-026](#)).

- **Sous-comité Organisation des soins de santé, Sécurité sociale et Economie de la santé**

Il faut implémenter par les notes reprises dans le résumé ad hoc (essentiellement points 3,5, 6, 7). Des amendements sont présentés à propos du Livre Vert sur les Professionnels de la

santé dont la date limite pour réaction est fixée au 31/03/2009 (il faudra télécharger le document [CPME 2009-034 amendé](#) dès qu'il sera disponible sur le site du CPME). Après large échange de vue sur le sujet, les amendements sont approuvés au vote très largement majoritaire. Rappelons que l'objectif final de notre réponse est de peser sur la politique de l'Union européenne dans ce domaine. En ce qui concerne la santé en ligne, des amendements sont également présentés au document [CPME 2009/037](#) et ils sont votés.

- Sous-comité Ethique et codes de déontologie

La base est le document CPME 2009-069 qu'il faut implémenter avec les notes prises lors de la réunion.

- Sous-comité Formation médicale, Développement professionnel permanent et amélioration de la qualité

Il faut recourir au document CPME 2009-071.

10. Présentation des différents candidats pour les élections

- **Konstanty Radziwill** pour la présidence ; il reprend son CV qui est consultable en résumé au document [CPME 2009-063](#). Sa présentation est assez classique : être le Président de toutes les composantes du CPME en étant proactif vis-à-vis des Institutions européennes et en étant formel avec les statuts ; il souhaite aussi prêter attention aux problèmes rencontrés par les collègues tant en interne qu'en dehors de l'EU et être très réactifs vis-à-vis de ceux-ci. Il pense y arriver en concentrant son énergie sur les problèmes de la profession médicale dans l'intérêt des médecins et en développant une communication directe entre le CPME et les NMAs. Son but : consolider la reconnaissance du CPME comme partenaire des Institutions européennes et renforcer la coopération ainsi que la coordination des organisations médicales qui le constituent.

- **Milan Kubek** pour la Vice-présidence

- **Roland Lemye** pour la Vice-présidence

- **Franck-Ulrich Montgomery** pour la Vice-présidence

- **Podmaniczky Erzsebet** pour la Vice-présidence

- **Jörg Pruckner** pour la Vice-présidence

- **Katrin Fjeldsted** pour le poste de trésorière

Assemblée générale réunie en après-midi

Le résultat des élections est le suivant :

Président élu : K.Radziwill par applaudissements

Vice-présidents élus : au vote secret (2 voix/pays) → sont élus les docteurs Montgomery, Kubek, Lemye et Pruckner

Auditeur interne élu : au vote secret → Dr. Krusman

Trésorier élu : K.Fjeldsted



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—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.