

# BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

## ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL  
VOL. XVII  
SEPTEMBRE 2009

N° 126

### TABLE DES MATIÈRES

#### EDITORIAL

1 *Dr P. Beke*

#### COMMUNICATION URGENTE

2 Inscription des médecins à la Banque-Carrefour des Entreprises  
Lettre aux Doyens de toutes les Facultés de médecine

#### AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- 3
- Notion de « médecin actif »
  - Activités médicales dispersées – Conseil provincial qui prend en charge la coordination
  - Sociétés pluripersonnelles - Activités médicales dispersées – Conseil provincial qui prend en charge la coordination
  - Soins de santé mentale -Trois propositions de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé
  - Avis du 5 avril 2008 relatif au contrôle médical – Secteur privé
  - Radiographie – Demande par un infirmier
  - Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire
  - Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier
  - Médecine préventive – Service "Total Body Scans" proposé par Royal Hospitals
  - Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital
  - Collecte de sang – Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique
  - Inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande

#### AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL

12 Dénomination de sociétés de médecins - Mention du nom et de la spécialité de chaque associé

#### CHRONIQUE INTERNATIONALE

13 Rapport de la réunion du FEAM-OMS, 2 - 4 avril 2009, Bratislava (Slovaquie)  
*Pr G. De Roy*

Honorés Confrères,

En ses réunions des mois d'avril à juillet, le Conseil national a de nouveau rendu un certain nombre d'avis intéressants.

Ainsi, le Directeur général du SPF Santé publique a demandé au Conseil national de formuler son point de vue concernant la notion de « médecin actif ». Le Conseil national a répondu « qu'il estime qu'un médecin actif peut être défini comme étant un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins. Le Conseil national considère qu'un médecin actif, ainsi qualifié, peut utiliser sa compétence médicale et assumer des activités dans des domaines variés. »

En réponse à une demande d'avis de la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société concernant trois propositions de loi relatives à la réglementation de l'exercice de la psychologie clinique, de la sexologie clinique et de l'orthopédagogie clinique et à l'exercice de la psychothérapie, le Conseil national souligne qu'il existe une gradation voulue des différentes professions de santé et qu'il y a donc une différence fondamentale entre les professions du chapitre 1 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, à savoir l'exercice de la médecine, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des sages-femmes et les professions du chapitre 2, à savoir l'exercice des professions paramédicales. Le Conseil national est partisan d'une définition précise et d'une bonne relation de complémentarité entre tous les prestataires de santé. Le Conseil national estime dès lors que, dans le cadre des soins de santé mentale, la profession de psychothérapeute doit être reprise au chapitre 1 et que toutes les autres professions doivent être reprises au chapitre relatif aux professions paramédicales. Par conséquent, le Conseil national estime que les propositions de loi qui lui sont soumises sont inacceptables.

Plusieurs avis ont été émis concernant les tâches qu'un infirmier peut exécuter dans le cadre de l'assistance d'un médecin. Ainsi, il a été demandé dans quelle mesure un infirmier titulaire d'un titre professionnel particulier en « soins d'urgence » est autorisé, dans certains cas, à demander lui-même une radiographie. Le Conseil national estime que cette demande ne fait pas partie des prestations techniques et des actes médicaux confiés aux infirmiers par la loi. Une anamnèse et un examen clinique par un médecin sont d'un intérêt primordial afin de juger quels examens techniques pertinents doivent être demandés. De même, un service de médecine du travail a posé la question de savoir si, en raison d'une pénurie aiguë et chronique de médecins du travail, un infirmier peut effectuer de manière autonome des examens de prévention de médecine du travail. Ici également, le Conseil national estime que l'infirmier n'est pas autorisé à le faire car cette fonction n'est pas prévue dans la liste des prestations que les infirmiers sont autorisés à effectuer de manière autonome, telle que définie par la loi. En effet, le conseiller en prévention - médecin du travail n'est pas présent lors de l'examen ; il ne peut non plus le contrôler puisqu'il ne voit pas lui-même le patient, et il ne peut donc pas être question d'assistance. Faire effectuer ces examens par un infirmier pourrait être interprété comme un exercice illégal de l'art médical.

Un autre avis a été demandé concernant l'implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire. Le médecin généraliste peut-il communiquer au médecin expert les informations demandées relatives à son patient, par le biais du volumineux questionnaire médical stéréotypé ? Le Conseil national estime que l'anamnèse, donc également ce questionnaire soumis au patient, fait partie intégrante de la mission d'expertise et ne peut être le fait du médecin généraliste traitant. Le médecin généraliste traitant ne peut être sollicité par le médecin expert pour donner un avis concernant l'aptitude à la conduite du patient.

Un avis important concerne la consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital. Le Conseil national estime à ce sujet que, vu que la loi impose au médecin chef « d'ouvrir pour chaque patient un dossier médical, constituant une partie du dossier patient, et de le conserver à l'hôpital », elle lui donne un rôle de coordination du département médical et une responsabilité organisationnelle dans la continuité et la qualité des soins. L'exécution de ces dispositions justifie que le médecin-chef ait accès au dossier médical du patient dans les limites de l'exécution de ses missions. Il doit limiter son droit de consultation aux situations définies par la loi.

Enfin, il y a encore deux avis concernant le droit de consultation de contrôleurs non-médecins de l'autorité publique. D'une part, se pose la question de savoir si un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique est autorisé à prendre connaissance des questionnaires médicaux des centres de transfusion sanguine comportant parfois des données médicales personnelles. D'autre part, se pose la question de savoir si les inspecteurs de la Communauté flamande sont autorisés à consulter tous les documents du patient, y compris ceux contenant des informations confidentielles.

En ce qui concerne le pharmacien inspecteur dans les centres de transfusion sanguine, le Conseil national estime que, pour des contrôles de routine, le pharmacien inspecteur ne peut solliciter la levée de l'anonymat des donneurs et qu'il ne dispose dès lors pas d'un droit de consultation des données personnelles médicales mentionnées dans les questionnaires de la Croix-Rouge dans les centres de transfusion sanguine.

Vis-à-vis des inspecteurs de la Communauté flamande, le Conseil national considère que la consultation des données confidentielles, médicales ou non, n'est pas acceptable puisque ces données ne font pas partie des documents et pièces nécessaires et utiles pour l'agrément et une éventuelle subvention par la Communauté flamande.

*Dr Paul Beke  
Rédacteur en chef*

## ***Inscription des médecins à la Banque-Carrefour des Entreprises***

### ***Lettre aux Doyens de toutes les Facultés de médecine***

La loi du 20 mars 2009 modifiant la loi du 16 janvier 2003 portant création d'une Banque-Carrefour des Entreprises, modernisation du registre de commerce, création de guichets-entreprises agréés et portant diverses dispositions a été publiée au Moniteur belge du 29 avril 2009.

Toute personne physique qui, comme entité autonome, exerce une activité économique et professionnelle en Belgique, de manière habituelle, à titre principal ou à titre complémentaire ou qui doit se faire enregistrer en exécution d'une obligation imposée par la législation belge autre que celle visée par la présente loi, devra être inscrite à la Banque-Carrefour des Entreprises avant le 1<sup>er</sup> juillet 2009.

En ce qui concerne les médecins, ils seront repris comme personnes physiques, à moins qu'ils ne soient déjà inscrits parce qu'ayant obtenu une inscription (et numéro d'entreprise), soit comme employeur, soit du chef d'une forme de société.

Les médecins fonctionnaires et les autres médecins salariés ne doivent pas être inscrits.

#### **1/les médecins qui exercent déjà des activités**

Les médecins qui exercent déjà des activités seront en principe repris automatiquement dans la Banque-Carrefour des Entreprises au 30 juin 2009, sur la base des données mises à disposition par le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

Les médecins peuvent consulter « Public Search » sur le site Internet <http://www.economie.fgov.be> pour vérifier s'ils sont inscrits et si leur inscription est complète.

Si l'inscription fait défaut, si elle est incomplète ou erronée, un formulaire rectificatif est disponible sous « Public Search ». Le médecin doit le remplir et le renvoyer accompagné des pièces justificatives nécessaires. Ces modifications sont gratuites et sont introduites par la cellule de gestion de la Banque-Carrefour des Entreprises.

#### **2/ les médecins (personnes physiques) ou les personnes morales (sociétés) débutant leur activité**

Un médecin débutant (personne physique) et un assistant après sa formation doivent s'inscrire à un guichet d'entreprises.

S'il s'agit d'une personne morale (société), l'inscription du siège social se fait au greffe du tribunal compétent et le reste de l'inscription au guichet d'entreprises.

L'inscription initiale est gratuite. Un changement ou une cessation doivent être communiqués individuellement à un guichet d'entreprises agréé et sont payants.

## REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 18 AVRIL, 9 MAI, 30 MAI ET 4 JUILLET 2009

- Notion de « médecin actif » (18/04/2009)
- Activités médicales dispersées – Conseil provincial qui prend en charge la coordination (18/04/2009)
- Sociétés pluripersonnelles - Activités médicales dispersées – Conseil provincial qui prend en charge la coordination (18/04/2009)
- Soins de santé mentale - Trois propositions de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (09/05/2009)
- Avis du 5 avril 2008 relatif au contrôle médical – Secteur privé (09/05/2009)
- Radiographie – Demande par un infirmier (09/05/2009)
- Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire (30/05/2009)
- Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier (30/05/2009)
- Médecine préventive – Service “Total Body Scans” proposé par Royal Hospitals (30/05/2009)
- Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital (30/05/2009)
- Collecte de sang – Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique (04/07/2009)
- Inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande (04/07/2009)

3

Pour consulter les textes de loi : [www.juridat.be](http://www.juridat.be) / [www.just.fgov.be](http://www.just.fgov.be)

### **Notion de « médecin actif »** (18/04/2009)

MOTS-CLES :  
Tableau de l'Ordre  
REFERENCE :  
a126001f-R

*Lettre du Conseil national à monsieur M. Van Hoegaerden, Directeur général, SPF Santé publique, concernant la question de savoir ce que comporte la notion de « médecin actif ».*

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

En sa séance du 18 avril 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 12 septembre 2008 dans laquelle vous lui demandez de formuler son point de vue concernant la notion de « médecin actif ».

Le Conseil national vous a informé, par lettre du 25 novembre 2008, qu'en raison de l'importance de la question, il avait été décidé de consulter les conseils provinciaux.

Le Conseil national estime qu'un médecin actif peut être défini comme étant un médecin inscrit au Tableau de l'Ordre des médecins. Le Conseil national considère qu'un médecin actif, ainsi qualifié, peut utiliser sa compétence médicale et assumer des activités dans des domaines variés, comme une discipline médicale, une institution académique, une organisation scientifique, l'administration, l'enseignement, comme expert, au sein de l'Ordre des médecins, et dans les commissions médicales provinciales, un comité d'éthique médicale, l'industrie pharmaceutique, la recherche, la médecine scolaire, la médecine du travail, la médecine préventive, la santé publique. Cette liste n'est pas limitative.

## **Activités médicales dispersées – Conseil provincial qui prend en charge la coordination (18/04/2009)**

MOTS-CLES :  
Cabinet médical - Sociétés professionnelles  
REFERENCE :  
a126005f-R

*Réponse du Conseil national à un conseil provincial. concernant la compétence territoriale des conseils provinciaux en matière de contrats*

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

En sa séance du 18 avril 2009, après consultation des conseils provinciaux, le Conseil national de l'Ordre des médecins a approfondi votre lettre du 13 décembre 2007 concernant des contrats et les compétences territoriales des conseils provinciaux.

Le Conseil national estime que, dans le cadre de l'activité médicale dispersée d'un médecin, la procédure actuelle doit être maintenue. Le conseil provincial d'inscription juge de la dispersion de l'activité médicale après avoir pris l'avis du ou des conseils provinciaux dans le ressort desquels le médecin concerné souhaite aussi exercer une activité médicale.

## **Sociétés pluripersonnelles - Activités médicales dispersées – Conseil provincial qui prend en charge la coordination (18/04/2009)**

MOTS-CLES :  
Cabinet médical - Sociétés professionnelles  
REFERENCE :  
a126006f-R

*Lettre du Conseil national de l'Ordre des médecins à un conseil provincial concernant la présentation des statuts de sociétés pluripersonnelles dont les associés sont inscrits dans divers conseils provinciaux.*

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

En sa séance du 18 avril 2009, le Conseil national a estimé qu'il convient d'appliquer un schéma en cascade pour déterminer le conseil provincial qui assurera la coordination à l'égard de sociétés pluripersonnelles qui exercent une activité médicale dans plusieurs provinces.

Ce système en cascade est légèrement adapté en fonction du système décrit dans la lettre du Conseil national du 5 juin 2008, en tenant compte des remarques formulées par différents conseils provinciaux (voir annexe).

- Dans le cadre d'une société unipersonnelle, la coordination est assurée par le conseil provincial d'inscription.
- Dans le cadre d'une société pluripersonnelle, la coordination est assurée par le conseil provincial du lieu où se situe le siège de la société.
- Dans le cadre d'une société dont le siège social se trouve à l'étranger et ayant une activité médicale en Belgique, la coordination est assurée par le conseil de la province où est exercée l'activité médicale (principale).

## **Soins de santé mentale - Trois propositions de loi modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (09/05/2009)**

MOTS-CLES :  
Collaborateurs du médecin - Psychiatrie - Qualité de la médecine  
REFERENCE :  
a126008f-R

*Lettre du Conseil national à madame M. Gerkens, présidente de la commission de la Santé publique, de l'Environnement et du Renouveau de la Société qui interroge le Conseil national au sujet des propositions de loi modifiant l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.*

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

Suite à votre lettre du 11 mars 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a, en sa séance du 9 mai 2009 examiné les propositions de loi modifiant l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé :

1. la proposition de loi du 24 novembre 2008 modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé en ce qui concerne l'exercice de la psychothérapie.
2. la proposition de loi du 10 juillet 2008 modifiant l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé en vue de la réglementation de l'exercice de la psychologie clinique, de la sexologie clinique et de l'orthopédagogie

clinique ;

3. la proposition de loi du 30 avril 2008 modifiant, en ce qui concerne l'exercice des professions de la santé mentale, l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ;

Le Conseil national souligne que l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé instaure une gradation des différentes professions de santé et qu'il y a donc une différence fondamentale entre les professions du chapitre 1, à savoir l'exercice de la médecine, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des sages-femmes et les professions du chapitre 2, à savoir l'exercice des professions paramédicales.

Le Conseil national est partisan d'une définition précise et tout particulièrement d'une bonne relation de complémentarité entre tous les prestataires de santé, principalement dans le domaine des soins de santé mentale. Le Conseil national estime dès lors que la profession de psychotérapeute doit être reprise sous une cinquième rubrique au chapitre 1 de l'arrêté royal n° 78, et que les autres professions visées par les propositions de loi 2 et 3 doivent être reprises au chapitre 2 : « professions paramédicales ».

Compte tenu de ces objections fondamentales, le Conseil national estime que les propositions de loi qui lui sont soumises sont inacceptables. Le Conseil national reste ouvert au dialogue.

### **Avis du 5 avril 2008 relatif au contrôle médical – Secteur privé** (09/05/2009)

MOTS-CLES :  
Contrôle médical  
REFERENCE :  
a126009f

*Un médecin soumet une question au Conseil national concernant l'avis qu'il a émis le 5 avril 2008 relatif au contrôle médical à domicile chez un patient absent*

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

En sa séance du 9 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question du 22 janvier 2009 concernant l'avis du Conseil national du 5 avril 2008 « [Patient absent lors d'un contrôle médical à domicile - Complément à l'avis du 1er septembre 2007](#) ».

Dans l'avis du 5 avril 2008, le Conseil national confirme sa position, à savoir qu'un médecin contrôleur ne peut imposer à un patient de se déplacer si le médecin traitant a mentionné la sortie non autorisée. Dans ce même avis, le Conseil national constate que le diagnostic n'est jamais communiqué à l'employeur du fonctionnaire, mais uniquement au service Medex.

Les avis des 1<sup>er</sup> septembre 2007 et 5 avril 2008 concernent le contrôle médical par Medex des absences des fonctionnaires fédéraux.

Le Conseil national estime que son avis du 5 avril 2008 relatif au patient absent lors d'un contrôle médical à domicile s'applique *mutatis mutandis* à d'autres contrôles médicaux des absences, notamment dans le secteur privé.

### **Radiographie – Demande par un infirmier** (09/05/2009)

MOTS-CLES :  
Actes infirmiers - Collaborateurs du médecin - Radiographie - Urgences  
REFERENCE :  
a126013f-R

*Le Conseil national de l'Ordre des médecins est interrogé sur la question de savoir dans quelle mesure un infirmier titulaire d'un titre professionnel particulier en « soins d'urgence » est autorisé dans certains cas à demander lui-même une radiographie.*

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

En ses séances des 18 avril et 9 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 19 février 2009 concernant la question de savoir dans quelle mesure un infirmier disposant du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins d'urgence est autorisé dans certains cas à demander lui-même une radiographie.

En vertu de l'arrêté royal du 21 avril 2007 portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 (1), les infirmiers titulaires du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence visé à l'arrêté royal du 27 septembre 2006 (2), peuvent, pour les fonctions de soins intensifs, soins urgents spécialisés, service mobile d'urgence et dans l'aide médicale urgente, appliquer les prestations techniques de soins infirmiers et les actes médicaux confiés mentionnés à l'annexe IV, à condition qu'ils aient été décrits au moyen d'une procédure ou d'un plan de soins de référence, et que ces prestations et actes médicaux confiés aient été communiqués aux médecins concernés.

L'annexe IV de l'arrêté royal du 21 avril 2007 porte, à l'article 5, une liste de prestations techniques de soins infirmiers et d'actes médicaux confiés, réservés aux porteurs d'un titre professionnel particulier ou d'une qualification professionnelle particulière. Les prestations sous B1 dans cette annexe comprennent l'accueil, l'évaluation, le triage et l'orientation des patients.

Le Conseil national estime que la demande de radiographies par des infirmiers disposant du titre professionnel particulier d'infirmier

spécialisé en soins d'urgence ne fait pas partie de ces prestations parce qu'une anamnèse et un examen clinique par un médecin sont d'un intérêt primordial

(1) Arrêté royal du 21 avril 2007 portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

(2) 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.

## **Implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire**

(30/05/2009)

**MOTS-CLES :**

Expertise - Médecin généraliste - Permis de conduire

**REFERENCE :**

a126016f-R

*L'avis du Conseil national est demandé concernant un document très détaillé relatif à la procédure de réintégration dans le droit de conduire.*

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

En sa séance du 30 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique de l'implication du médecin généraliste dans la procédure de réintégration dans le droit de conduire.

L'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire détermine en son article 73 que l'examen médical et psychologique auquel peut être subordonnée la réintégration dans le droit de conduire, doivent être réalisés par une institution agréée par le SPF Mobilité et Transports. Le contenu et la méthode de ces examens sont définis par l'annexe 14 de cet arrêté royal. L'équipe pluridisciplinaire de cette institution, dont doit faire partie un médecin, les réalise dans ses locaux.

Préalablement à cette procédure d'examen et à tout contact avec le médecin expert, les institutions agréées pour réaliser l'expertise médicale et psychologique imposée aux conducteurs déçus du droit de conduire adressent à ces derniers un volumineux questionnaire médical stéréotypé. Certaines questions sont discutables du point de vue de leur finalité.

Il est devenu d'usage que certaines institutions imposent au candidat de faire remplir ce questionnaire directement par son médecin traitant. L'avis du Conseil national est sollicité à ce propos.

Le Conseil national constate que l'examen médical et psychologique de réintégration dans le droit de conduire constitue une expertise dont le résultat est communiqué à l'intéressé, au greffe du tribunal et au ministère public. Les dispositions du chapitre IV du titre III du Code de déontologie médicale relatives au médecin expert sont d'application. Elles prévoient l'incompatibilité des fonctions d'expert et de médecin traitant à l'égard d'une même personne.

Elles requièrent également que le médecin qui exerce la fonction d'expert de manière habituelle en fasse déterminer les conditions d'exercice dans un contrat qui, préalablement à sa conclusion, doit être soumis à l'approbation du conseil provincial où il est inscrit.

L'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire prévoit que l'aptitude à la conduite est déterminée par le médecin de l'institution agréée, après un examen médical approfondi qui peut faire appel à toutes les ressources de la médecine. Cet examen comprend une anamnèse approfondie, la prise de connaissance des informations médicales pertinentes du candidat, un examen médical approfondi et la référence à des médecins ou des services médicaux spécialisés.

Outre le fait que l'anamnèse fait partie intégrante de la mission d'expertise et ne peut être le fait du médecin généraliste traitant, l'article 129 du Code de déontologie médicale prévoit que le médecin chargé d'effectuer une expertise doit éviter d'amener le médecin traitant à violer le secret médical auquel il est tenu, même à son égard. Il appartient au candidat de répondre lui-même au questionnaire et pour ce faire, il peut demander l'aide de son médecin généraliste traitant. Obliger le médecin traitant à répondre à un tel questionnaire est contraire aux règles relatives au secret professionnel et à l'incompatibilité déontologique entre la fonction d'expert et la mission du médecin traitant.

Les règles déontologiques concernant le secret professionnel imposent que la communication de renseignements médicaux par le médecin généraliste traitant soit strictement limitée aux données médicales objectives en relation directe avec le but précis de l'expertise.

Ces données ne peuvent jamais être communiquées au médecin expert sans l'accord du patient, non seulement en vertu de l'article 458 du Code pénal mais aussi de l'article 7 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée, qui interdit de communiquer des données médicales à caractère personnel sans le consentement préalable et écrit de l'intéressé.

L'évaluation de la présence ou non de causes médicales d'inaptitude à la conduite relève expressément de la mission d'expertise, et doit résulter d'un examen personnel du candidat par le médecin chargé de l'expertise comme prévu par le texte légal et le Code de déontologie en son article 124.

Sur la base de l'examen, le médecin doit être capable de juger si le candidat satisfait aux critères légaux de l'aptitude à la

conduite. Le texte légal prévoit expressément que le médecin dispose d'une expérience professionnelle, laquelle doit lui permettre de connaître les critères médicaux et mentaux sur base desquels l'on peut juger si une personne est apte ou non à conduire. L'argumentation suivant laquelle l'information du médecin généraliste traitant est nécessaire au médecin expert pour remplir sa mission est non pertinente. Le médecin généraliste traitant ne peut être sollicité par le médecin expert pour donner un avis concernant l'aptitude à la conduite du candidat/patient.

Le Conseil national insiste pour que les questions relatives à l'état de santé du candidat soient proportionnelles et pertinentes par rapport à l'objet de l'expertise et qu'elles soient formulées dans un langage compréhensible pour le candidat, conformément à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. La pratique actuelle consistant à adresser au candidat une liste de questions stéréotypées avant tout entretien ou examen par le médecin expert, ne satisfait pas à ces exigences.

Enfin le Conseil national rappelle qu'en cette matière, l'article 46 de l'arrêté royal du 23 mars 1998 relatif au permis de conduire précise que si le médecin constate que le titulaire d'un permis de conduire ne répond plus aux normes médicales fixées, il est tenu d'informer l'intéressé de l'obligation de présenter le permis de conduire à l'autorité. Il renvoie à ce propos à son avis du 29 mai 1999.

## **Réalisation d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier** (21/06/2009)

### **MOTS-CLES :**

*Actes infirmiers - Médecine (exercice illégal de la -) - Médecine du travail - Responsabilité du médecin*

### **REFERENCE :**

*a126017f*

*Un conseil provincial soumet au Conseil national une demande d'avis concernant la réalisation autonome d'examens de prévention de médecine du travail par un infirmier.*

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

La proposition suivante a été soumise à un Conseil provincial par le service de médecine du travail X. Excédant les limites provinciales, elle a été transmise au Conseil national de l'Ordre des médecins.

En tant que service de médecine du travail, X. connaît une pénurie aiguë et chronique de médecins du travail, et souhaite savoir s'il existe une base légale, éthique et déontologique permettant de faire effectuer par un infirmier, à la place du médecin du travail personnellement, des examens de prévention de médecine du travail pour des professions à faibles risques comme les travailleurs sur écran de visualisation.

Si de son côté, le travailleur en faisait la demande ou si le médecin du travail le jugeait utile, le travailleur pourrait toujours être vu par le médecin du travail personnellement.

Les résultats des examens effectués par l'infirmier seraient ensuite soumis au médecin du travail, qui à son tour, procéderait à l'évaluation du travailleur concerné en remplissant et signant le formulaire d'évaluation de santé.

Le Conseil national a examiné cette proposition en sa réunion du 30 mai 2009.

\*\*\*

Il faut d'abord mentionner qu'il résulte de la lecture conjointe de la législation actuelle concernant les services de médecine du travail, à savoir la loi Bien-être (loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail), l'arrêté royal du 27 mars 1998 relatif aux services externes pour la prévention et la protection au travail et l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs, qu'il n'est pas interdit au médecin du travail de se faire assister par du personnel infirmier ou du personnel ayant reçu la formation adéquate, pour la réalisation d'un certain nombre d'examens préventifs.

Le conseiller en prévention - médecin du travail est et demeure le responsable final de l'exécution de la surveillance médicale.

D'autres législations plus spécifiques comme la directive 90/270/CEE du Conseil du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation et l'arrêté royal du 27 août 1993 relatif au travail sur des équipements à écran de visualisation, qui est la transposition de cette directive dans le droit belge, indiquent que les examens de prévention ne doivent pas tous être effectués, personnellement, par le conseiller en prévention - médecin du travail

Il convient de se référer aussi à l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, suivant lequel seuls les médecins peuvent exercer l'art médical. Les infirmiers peuvent accomplir les activités qui relèvent de l'art infirmier.

Ces activités sont définies dans l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Ainsi, l'annexe I à cet arrêté royal précise que certaines prestations techniques peuvent être effectuées par les infirmiers eux-mêmes, sur la base ou non d'une prescription d'un médecin, tandis que l'annexe II définit les actes confiés qui peuvent également être posés par des infirmiers, mais uniquement sous la surveillance d'un médecin.

Il ressort de ce qui précède que les infirmiers ont la compétence légale de poser de manière autonome un certain nombre d'actes, soit sur prescription, soit sous le contrôle d'un médecin. Le médecin demeure le responsable final de ces actes prestés par des infirmiers. Sa responsabilité peut être mise en cause et il est le seul compétent pour prendre la décision finale.



Enfin, le Conseil national renvoie au Code de déontologie médicale précisant que, lors de la délégation d'actes à des infirmiers, le médecin doit toujours veiller à éviter toute initiative qui pourrait les amener à exercer illégalement l'art médical, de même que de les charger de fonctions ou d'actes n'entrant pas dans leurs attributions ou compétences.

Le Conseil national conclut, par conséquent, qu'il n'est pas autorisé de faire effectuer par un infirmier de manière indépendante et autonome l'examen, en l'occurrence, de travailleurs sur écran, car cette fonction n'est pas prévue dans la liste des prestations que les infirmiers sont autorisés à effectuer de manière autonome, telle que définie par l'arrêté royal du 18 juin 1990. En effet, le conseiller en prévention - médecin du travail n'est pas présent lors de l'examen ; il ne peut non plus le contrôler puisqu'il ne voit pas lui-même le patient, et il ne peut donc pas être question d'assistance ; le contrôle par le médecin du travail se limite à remplir et signer le formulaire d'évaluation de santé alors qu'il n'a pas vu et examiné personnellement le patient.

Faire effectuer ces examens par un infirmier, en lieu et place et sans supervision d'un médecin, pourrait conduire, dans le cadre législatif actuel, à un exercice illégal de l'art médical, et est déontologiquement inacceptable.

## **Médecine préventive – Service “Total Body Scans” proposé par Royal Hospitals (30/05/2009)**

### **MOTS-CLES :**

Commercialisation de la médecine - Médecine préventive - Radiographie

### **REFERENCE :**

a126018f

*On peut lire dans les médias que Royal Hospitals fait la promotion en Belgique de check-up par des « Total Body Scans » systématiques. Le sénateur L. Ide interroge son conseil provincial de l'Ordre des médecins à ce sujet. Le même problème est soulevé par le Consilium Radiologicum Bellicum. La position du Conseil national est demandée.*

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

En sa séance du 30 mai 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 10 février 2009 concernant les « Total Body Scans » préventifs, un service proposé également en Belgique par « Royal Hospitals », qui approche des hôpitaux et des médecins pour qu'ils apportent leur concours à la promotion de ce service.

L'organisation d'une prévention médicale est recommandable. Les pouvoirs publics ne disposant que de moyens financiers limités pour l'organisation de la prévention, cette partie des soins médicaux peut être prise en charge par des organisations non commerciales privées.

Toute forme de médecine préventive, fût-elle proposée par une initiative privée, doit satisfaire à un certain nombre d'exigences scientifiques.

Cela suppose qu'un examen de prévention doit être fondé sur des preuves scientifiques formelles et vérifiables (evidence based). Le résultat positif en termes de morbidité, de mortalité, d'espérance de vie et de qualité de vie doit être irréfutablement démontré. Un examen de prévention ne peut causer un dommage non proportionnel à l'effet utile visé. Et le patient (en l'occurrence le client) doit pouvoir opter, consciemment et en connaissance de cause, pour un examen de santé préventif qui ne suscite pas des espoirs ou des apaisements fallacieux.

On ne retrouve pas dans la littérature médicale reconnue la preuve scientifique formelle de la prévention au moyen de « Total Body Scans ».

- Le résultat de cette forme de dépistage ne peut jamais garantir avec certitude l'absence d'une pathologie et suscite donc de fausses espérances.

- La mise en œuvre d'une imagerie médicale aussi large sans indication déterminée préalable appelle bien des questions. Bon nombre de constatations aléatoires non spécifiques conduiront à des examens supplémentaires et onéreux inutiles, et à l'inquiétude chez le patient.

- L'innocuité de la RMN à grande échelle et sur une base répétitive n'est pas encore entièrement documentée. Les risques liés aux rayons ionisants (cf. CT-scan) sont en revanche clairement établis. On observe une augmentation significative du risque de cancers causés par les CT-scans.

- Le prix de revient d'un examen préventif de ce genre est sans commune mesure avec les tarifs d'assurance courants tels qu'appliqués dans notre pays pour ces examens. « Royal Hospitals » travaille avec ses propres moyens financiers et l'assurance maladie n'intervient pas dans le coût, ce qui conduit à des différences sociales inacceptables.

On peut ainsi considérer que la réalisation d'examens médicaux de prévention qui ne résulte pas d'initiatives des pouvoirs publics peut être utile si elle réunit les critères scientifiques et déontologiques requis.

Cela ne peut en aucun cas devenir une médecine commerciale racolant et trompant les « patients ».

Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime que le projet « Total Body Scans » de « Royal Hospitals » ne répond pas à ces exigences et que les médecins ne peuvent pas y participer.

Cc. Docteur Christian Delcour, président du Consilium Radiologicum Bellicum

## **Consultation du dossier médical par le médecin-chef de l'hôpital (30/05/2009)**

MOTS-CLES :  
Dossier médical - Médecin-chef - Secret professionnel  
REFERENCE :  
a126021f-R

*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 si la consultation du dossier médical d'un patient par le médecin-chef de l'hôpital est justifiée.*

*Le Conseil national a émis un avis à ce sujet en sa séance du 30 mai 2009.*

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

Le dossier médical hospitalier est défini par l'arrêté royal du 3 mai 1999 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. Combiné au dossier infirmier, ce dossier médical constitue le dossier du patient (art 1<sup>er</sup>, alinéa 1, de l'arrêté royal du 3 mai 1999).

Le dossier médical du patient est avant tout un outil de travail pour le médecin. Mais c'est également un outil de communication, un outil d'évaluation, un élément de preuve et un élément de gestion.

Le dossier médical est un outil de communication indispensable à la coordination et à la continuité des soins. Dans cette mesure, la confidentialité de son contenu est partagée entre les différents praticiens professionnels de la santé qui administrent des soins au patient.

L'accès par ces praticiens à son dossier médical protège le patient contre les examens répétés inutilement, les interférences médicamenteuses, les erreurs liées à la méconnaissance, par exemple, d'allergies, et lui assure une prise en charge médicale optimale.

C'est un outil d'évaluation : la démarche qualité doit être basée, entre autres, sur des éléments objectifs figurant dans le dossier médical.

C'est un élément de preuve sur le plan médical tant pour le médecin, l'information donnée au patient et son consentement faisant utilement l'objet d'une note dans le dossier médical (art. 7 et 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient), que pour le patient, par exemple en cas d'accident transfusionnel (art. 2, alinéa 10, de l'arrêté royal du 3 mai 1999).

C'est aussi un élément de preuve sur le plan administratif en cas de contestation de la classification de la pathologie traitée en ARP/DRG, qui constitue une des bases du financement des hôpitaux (art. 56 quater de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994). A cette fin, il doit être accessible à l'équipe de codification.

Le dossier médical du patient est également un élément de gestion puisqu'il sert à l'enregistrement du Résumé Clinique Minimum (RCM) et à l'enregistrement du Résumé Infirmier Minimum (RIM) dont la combinaison va devenir le Résumé Hospitalier Minimum (RHM)

Enfin, la constitution d'un dossier médical soigneusement tenu à jour et conservé en lieu sûr est un droit du patient, qui pourra y avoir accès et en obtenir copie (art. 9 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient).

Les missions du médecin-chef sont décrites aux articles 5 et 6 de l'arrêté royal du 15 décembre 1987 portant exécution des articles 13 à 17 inclus de la loi sur les hôpitaux, coordonnée par l'arrêté royal du 7 août 1987(\*).

Parmi celles-ci, figure celle « d'ouvrir pour chaque patient un dossier médical, constituant une partie du dossier patient ».

Le dossier du patient, composé du dossier médical et infirmier, est conservé à l'hôpital sous la responsabilité du médecin-chef (art. 25 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008).

Il ressort de cette législation que le législateur donne clairement au médecin-chef un rôle de coordination du département médical et une responsabilité organisationnelle dans la continuité et la qualité des soins, tant vis-à-vis des malades que de la société.

L'exécution des dispositions précitées, et plus largement le fonctionnement harmonieux de l'institution hospitalière, justifient que le médecin-chef ait accès au dossier médical du patient dans les limites de l'exécution de ses missions.

Le médecin-chef doit exercer sa fonction dans le respect de la déontologie et en particulier limiter son droit de consultation aux situations définies par la loi.

Les dossiers médicaux dans les hôpitaux doivent être rédigés dans cet esprit.

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

## **Collecte de sang – Contrôle par un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique (04/07/2009)**

**MOTS-CLES :**  
*Inspecteur - Secret professionnel - Transfusion sanguine - Vie privée*  
**REFERENCE :**  
*a126026f*

*Un pharmacien, inspecteur du SPF Santé publique, se présente à un centre de transfusion sanguine (Croix-Rouge) pour y contrôler la conformité avec toutes les dispositions légales en matière de collecte de sang.  
Il demande à consulter les questionnaires médicaux où les donneurs communiquent des données personnelles médicales dans leurs réponses.  
Un conseil provincial souhaite savoir si le pharmacien inspecteur a le droit de consulter ces données personnelles médicales.*

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

En sa séance du 4 juillet 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 13 mai dernier posant la question suivante : un pharmacien inspecteur du SPF Santé publique, chargé du contrôle de la conformité avec les dispositions légales en matière de collecte de sang, est-il autorisé à prendre connaissance de données personnelles médicales que les donneurs fournissent dans les réponses aux questionnaires médicaux ?

Le Conseil national estime que les données personnelles médicales visées entrent dans le champ d'application des dispositions légales et déontologiques relatives au secret professionnel et des dispositions légales relatives à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Selon le Conseil national, un droit de consultation des données personnelles médicales précitées par le pharmacien inspecteur ne pourrait se justifier que de deux manières :

- Soit par un droit de consultation dans le cadre du secret professionnel partagé (\*).  
Mais le pharmacien inspecteur ne remplit pas toutes les conditions pour pouvoir invoquer le secret professionnel partagé. Le fait qu'il soit lui-même lié par le secret professionnel, l'une des conditions, n'est en soi pas suffisant.

- Soit par un droit de consultation en vertu de la loi.  
La loi de référence en la matière est la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine. L'article 21 de cette loi charge le pharmacien inspecteur du contrôle de la conformité avec les dispositions légales en matière de collecte de sang.  
L'article 5 de cette loi dispose : « [...] Sauf cas d'extrême nécessité médicale, l'identité du donneur et du receveur ne peut être communiquée, étant entendu que la traçabilité des produits doit être garantie et que l'identité du donneur et/ou du receveur peut être communiquée sous le couvert du secret médical lorsque les circonstances rendent nécessaire cette communication [...] ».

Le Conseil national estime pouvoir conclure que, pour des contrôles de routine, le pharmacien inspecteur ne peut solliciter la levée de l'anonymat des donneurs si des circonstances indiquant une extrême nécessité médicale font défaut, et qu'il ne dispose dès lors pas, dans ce cas, d'un droit de consultation des données personnelles médicales mentionnées dans les questionnaires précités.

Enfin, le Conseil national estime que ces contrôles de routine peuvent parfaitement être réalisés sur la base de données rendues anonymes, ce qui concorde aussi avec la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

(\*) Voir à ce propos Isabelle VAN DER STRAETE et Johan PUT, *Beroepsgeheim en hulpverlening*, Die Keure, 2005, n°s.110; 154; 158; 186-188; 319; 405-469.

## **Inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande (04/07/2009)**

**MOTS-CLES :**  
*Dossier médical - Inspecteur - Secret professionnel*  
**REFERENCE :**  
*a126027f*

*Lettre du Conseil national à un médecin, président d'une asbl active dans le domaine de la coordination et du soutien des soins de santé de première ligne à domicile, souhaitant savoir si les modalités de l'inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande sont conformes à la déontologie médicale.*

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

En sa séance du 4 juillet 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé la discussion de votre lettre du 9 juin 2008 au Conseil provincial du Limbourg demandant si les modalités de l'inspection des plans de soins par les inspecteurs de la Communauté flamande sont conformes à la déontologie médicale.

Il doit être précisé d'emblée que ces inspecteurs ne sont pas des médecins. Ils sont des fonctionnaires inspecteurs de la Communauté flamande.

D'une part, il y a la demande ou le souhait des inspecteurs que les plans de soins et les carnets de communication des patients, documents pouvant contenir des informations confidentielles, médicales ou non, et se trouvant normalement au domicile du patient, soient retirés à l'avance pour être soumis à l'inspection.

Il y a, d'autre part, la question de savoir s'il est déontologiquement permis d'autoriser la consultation, et de la manière décrite ci-avant, de tous ces documents d'un patient, également ceux contenant des informations confidentielles.

Le Conseil national se réfère à la mission légale des fonctionnaires de la Communauté flamande d'inspecter les plans de soins, définie à l'article 18, §§ 1<sup>er</sup> et 2, du décret de la Communauté flamande du 3 mars 2004 relatif aux soins de santé primaires et à la coopération entre les prestataires de soins (*MB*, 20 avril 2004). Selon cette disposition, la Communauté flamande organise la surveillance et le contrôle du respect du présent décret et les fonctionnaires de la Communauté flamande chargés de la surveillance ont le droit de visiter les partenariats au niveau de la pratique, les initiatives de coopération dans le domaine des soins de santé primaires et les organisations partenaires visés au § 1<sup>er</sup>, et de consulter sur place tous les documents et pièces nécessaires ou utiles à l'exercice de leurs fonctions.

En ce qui concerne les documents se trouvant au domicile du patient, il convient de remarquer qu'une distinction doit être faite entre les documents administratifs proprement dits et les données individuelles spécifiques du dossier, médicales ou non, qui peuvent parfois comprendre des informations très confidentielles, et qui ne sont pas utiles pour l'inspection.

Concernant la première question, le Conseil national estime déontologiquement non acceptable que les plans de soins et les carnets de communication visés soient retirés du domicile du patient et centralisés pour les besoins de l'inspection, de plusieurs jours à une semaine, alors qu'ils sont nécessaires en permanence chez le patient afin que tous les prestataires de soins puissent assurer une continuité optimale de ceux-ci. Dès lors, comme la loi le prescrit, l'inspection des plans de soins doit se dérouler « sur place », au domicile du patient.

En ce qui concerne la deuxième question, de savoir si l'inspecteur non-médecin a ou non un droit de consultation de tous les documents, y compris les données personnelles et médicales de l'intéressé, la loi dispose que les fonctionnaires inspecteurs de la Communauté flamande ont le droit de consulter eux-mêmes tous les documents et pièces qui sont nécessaires et utiles à l'exercice de leurs fonctions.

Il en découle que ces fonctionnaires inspecteurs non-médecins doivent vérifier, tout comme les inspecteurs médecins qui effectuent des contrôles dans les MR et les MRS, si tous les documents et pièces nécessaires et utiles pour l'agrément et l'éventuel subventionnement en question par la Communauté flamande, sont disponibles. Les données administratives du dossier du patient en font partie.

Le Conseil national estime que la consultation des données confidentielles, médicales ou non, figurant aussi au dossier n'est pas acceptable puisque ces données ne font pas partie des documents et pièces nécessaires et utiles.

En raison de son statut de fonctionnaire, un inspecteur non-médecin est tenu à un devoir de discrétion au sujet des données individuelles confidentielles portées à sa connaissance à l'occasion de sa mission d'inspection.

Le Conseil national recommande vivement au régulateur, en l'occurrence la Communauté flamande, de définir (plus) clairement, par secteur et séparément, les missions de l'inspection, et d'indiquer dans quelle mesure la réalisation de ces missions requiert la consultation des données individuelles du patient. Une adaptation de la composition du dossier apparaît par conséquent nécessaire afin de pouvoir départager clairement les diverses données d'un dossier.

## REUNION DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DU 16 JUILLET 2009

### **Dénomination de sociétés de médecins - Mention du nom et de la spécialité de chaque associé**

(16/07/2009)

**MOTS-CLES :**

*Publicité et réclame – Sociétés professionnelles*

**REFERENCE :**

A126028-R

*Un conseil provincial soumet une question relative à la mention du nom et de la spécialité de chaque associé dans la dénomination d'une société de médecins.*

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

L'article 160, § 5, du Code de déontologie médicale dispose que l'association se manifeste dans ses relations externes sous le nom de ses membres avec mention de leurs spécialités pratiquées mais peut aussi opter pour une dénomination propre. Cette dénomination doit être acceptée par le conseil provincial compétent.

L'article 163, § 4, du Code de déontologie médicale dispose que la société professionnelle unipersonnelle se manifeste dans ses relations externes par la mention de la forme juridique et du nom du médecin ainsi que de la spécialité pratiquée.

L'article 162, § 6, du Code de déontologie médicale dispose que la société professionnelle pluripersonnelle peut opter pour une dénomination propre qui doit être objective, discrète et acceptée par le conseil provincial.

La forme juridique et les noms des associés ainsi que leurs spécialités pratiquées doivent être mentionnés.

Aussi bien l'association que la société pluripersonnelle professionnelle avec personnalité juridique peuvent choisir une dénomination propre, qui doit être objective et discrète, et être acceptée par le conseil provincial compétent. Le nom de chaque associé et la spécialité reconnue par l'INAMI qu'il exerce, doivent toujours figurer sous la dénomination de l'association ou de la société.

Lorsqu'il n'est pas opté pour une dénomination propre, les noms de tous les médecins et leur spécialité reconnue par l'INAMI doivent être mentionnés.

## **Rapport de la réunion du FEAM-OMS, 2 - 4 avril 2009, Bratislava (Slovaquie)**

Prof. G. De Roy

### **Préambule**

Le FEAM-OMS (Forum européen des associations de médecins et de l'OMS) se réunit annuellement au printemps. Il s'agit d'un événement qui s'étend sur trois jours, organisé par la Région Europe de l'OMS, en collaboration avec le FEAM. La conférence s'est tenue cette année du 31 mars 2009 au 3 avril 2009 dans la ville de Bratislava (Slovaquie), à l'invitation de l'Association médicale slovaque. Quatre-vingts délégués de vingt pays ont participé à la réunion. Les professeurs G. De Roy et A. Herchuelz représentaient le Conseil national.

Afin de mieux situer l'importance de ces réunions, il est utile d'apporter quelques informations préalables au sujet de l'OMS et du FEAM. Les sujets abordés seront ensuite exposés succinctement.

### **OMS**

L'OMS est une organisation intergouvernementale, créée au sein des Nations Unies et dont le siège est établi à Genève. Son action recouvre cinq régions, dont l'Europe. Dans la région Europe, cinquante-trois pays sont concernés. Ils sont gérés par le Bureau régional installé à Copenhague.

En tant qu'organisation intergouvernementale, l'OMS ne reconnaît comme seuls interlocuteurs officiels que les autorités nationales compétentes pour la santé publique, à savoir les ministères. Les organisations médicales, tant les Ordres que les syndicats de médecins ne font pas partie des négociateurs officiels. Les organisations médicales acceptent mal cette situation, car les délégués gouvernementaux et les groupements de médecins visent parfois des objectifs divergents.

Bien que des négociations directes entre l'OMS et les AMN (les associations médicales nationales) soient exclues, l'AMM (Association médicale mondiale) est une organisation non gouvernementale reconnue par l'OMS, ce qui lui donne un droit d'expression. Mais ce dernier est plutôt symbolique. Il signifie que lors de l'assemblée générale annuelle de l'OMS au mois de mai à Genève, elle aura droit à un temps de parole de trois minutes ; mais le contenu de l'intervention aura dû être approuvé au préalable par les autorités ministérielles nationales. Cette situation ne conduit jamais à un débat constructif.

### **FEAM-OMS**

Afin d'améliorer la relation avec les organisations médicales, le directeur régional de la section OMS-Europe avait invité les AMN des pays du secteur OMS-Europe, en 1984, à des débats sur les problèmes relatifs à la santé. Cette rencontre connut un grand succès et se renouvela chaque année. Lors de la réunion de Rome en 1990, l'existence du « Forum européen des associations de médecins » fut admise de facto d'une manière générale. L'année suivante, le Forum fut officiellement créé à Helsinki. Le FEAM ne se réunit pas en dehors de la réunion annuelle commune avec la section Europe de l'OMS. Lors des réunions avec la section Europe de l'OMS, une ou plusieurs déclarations sont proclamées. Elles sont publiées dans le recueil du FEAM-WHO « The European forum of medical associations and WHO » ; celui-ci, édité par l'association médicale norvégienne, est une présentation annuelle actualisée des AMN.

Depuis 2000, l'initiative est continuée par Marc Danzon, directeur général, qui termine son deuxième mandat de cinq ans ; l'élection d'un nouveau directeur général est prévue pour 2010. Il est à espérer que son successeur poursuivra la collaboration FEAM-WHO. Cette collaboration s'est déroulée sans problème jusqu'en 2006 ; pour des raisons budgétaires, l'OMS a par la suite souhaité revoir sa collaboration avec le FEAM, et l'avenir des réunions a même été compromis. Après la réunion du FEAM-OMS à Lisbonne, organisée avec faste, notamment grâce à la présence du commissaire européen Barroso, la marée est apparemment redevenue favorable et la relation entre l'OMS et le FEAM a été rétablie, ce qui assure la certitude des réunions, du moins pour l'instant.

L'adhésion au FEAM est gratuite pour les AMN, qui toutefois participent aux frais de la réunion annuelle ; la contribution est proportionnelle au nombre de participants. L'intérêt des AMN pour le FEAM-WHO varie au fil des années ; on constate ces dernières années une régression de la participation des AMN des pays nantis ; ainsi, il n'y a pas eu cette année de délégation du Danemark, de la Finlande, de la Suède, de l'Espagne, de l'Italie et de la Grèce. Le manque d'intérêt de ces AMN s'explique difficilement au regard du thème central des retombées de la crise économique sur la santé ; un thème suffisamment important pour être inscrit à l'ordre du jour des réunions pratiquement simultanées du G 20 (mars 2009) et de la conférence interministérielle de la santé publique à Oslo (avril 2009).

### **Workshops**

Lors de la réunion du FEAM-OMS de Tel-Aviv en 2008, l'initiative a été prise d'organiser, en sus des interventions, des workshops autour de thèmes actuels. A Tel-Aviv, les workshops étaient consacrés à eHealth, à la campagne antitabac et aux plans catastrophes.

A Bratislava, des groupes de travail se sont penchés sur deux thèmes : la migration de médecins et les soins de santé de première ligne. Environ quarante participants étaient inscrits dans chaque groupe.

## **La migration de médecins**

La migration de médecins et ses conséquences parfois préoccupantes sont bien connues. Le flux des médecins migrants est la plupart du temps celui de médecins des pays pauvres en développement vers les pays riches. Outre ce mouvement du Sud vers le Nord, on observe aussi une migration de l'Est vers l'Ouest. Depuis son adhésion à l'Union européenne, la Pologne voit ses médecins se diriger vers l'Allemagne. Les médecins allemands, et pas seulement ceux de l'ancienne DDR, partent s'installer au Royaume-Uni. Les Etats-Unis, le Royaume-Uni et le Portugal sont des pays de prédilection.

« Mesurer c'est savoir » dit-on, et cela est certainement vrai si l'on veut étudier l'ampleur de la migration de médecins. Cela est assez étonnant, mais même l'OMS ne dispose pas de chiffres fiables. Des sources réputées, comme l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), Eurostats et l'OMS donnent des chiffres divergents. Ceci résulte de méthodes différentes sur le plan de la collecte des données. Même ces statistiques réputées sont édifiées sur la base de renseignements pris auprès des organisations nationales. Ces organisations ne savent généralement même pas combien de médecins exactement séjournent dans leur pays ni quelle est leur activité professionnelle, s'ils sont retraités ou travaillent à temps partiel ou s'ils exercent temporairement à l'étranger. En conséquence, les statistiques ne donnent qu'une impression générale de la migration de médecins.

Bien que les diverses statistiques soient difficilement comparables, toutes confirment l'existence d'un exode médical. Il ne s'agit d'ailleurs pas seulement de médecins, mais également d'autres praticiens professionnels des soins de santé, comme les infirmiers, les sages-femmes et le personnel paramédical ; au demeurant, la migration ne se limite pas au secteur des soins de santé et concerne bon nombre d'autres groupes professionnels. La migration des travailleurs est attribuée à la globalisation du marché mondial qui fait de l'Europe un important débouché. Les statistiques confirment que dans la plupart des Etats membres de l'Union européenne, le pourcentage de médecins étrangers en activité est élevé. Pour l'OMS, la migration est suffisamment préoccupante pour parler d'une crise de la main d'œuvre médicale.

Les autorités ont un rôle à jouer pour endiguer ces exodes ; elles doivent prendre des mesures afin que davantage de médecins soient formés dans leur propre pays ; pour garder les médecins dans leur pays, il faut une amélioration des conditions de travail permettant d'allier vie professionnelle et vie de famille. Espérer qu'un médecin ne quittera pas le pays pour des raisons éthiques est un vœu pieux. Les médecins choisissent eux-mêmes l'endroit dans le monde qui est le mieux pour eux et pour leur famille ; ceux qui restent rivés à leur pays le font parce qu'ils sont trop âgés pour émigrer ou parce qu'ils ne veulent pas quitter famille et amis. Le droit à la libre circulation est intangible, certainement dans l'Union européenne, et il peut difficilement être limité par une obligation éthique. Néanmoins, il n'est pas éthique que des pays riches recrutent dans les pays en voie de développement en butte à une pénurie de médecins.

L'OMS travaille à un projet de code pour lutter contre la fuite des médecins ; elle compte consulter à cette fin un certain nombre d'organismes et espère pouvoir inscrire le sujet à l'agenda de l'assemblée générale de l'OMS en mai 2010.

## **Les soins de santé de première ligne**

Trente ans après la déclaration d'Alma-Ata de l'OMS-UNICEF « La santé pour tous » à propos de la médecine de première ligne (1970), il apparaît que les espérances de cette déclaration n'ont pas été comblées. Le médecin généraliste reste encore souvent sur une voie de garage parce que le patient s'adresse directement à l'hôpital trop facilement ; le patient trouve qu'il est aidé plus rapidement aux services des urgences et dans les polycliniques. En temps de crise, cela peut compromettre le financement du secteur hospitalier à charge des pouvoirs publics. Le patient argumente qu'il y a trop peu de médecins généralistes disponibles parce qu'ils s'installent de préférence dans les grandes centres urbains, ce qui entraîne de longues listes d'attente. Dans le cadre d'un adressage à un échelon supérieur, comme l'ophtalmologie, la dermatologie, la gynécologie ou la pédiatrie, la consultation chez le médecin généraliste est ressentie comme une étape intermédiaire inutile et coûteuse. Cette situation se présente surtout dans des pays où les patients ne peuvent bénéficier d'une intervention financière dans leur frais de santé.

Le patient n'est pas seul à être insatisfait, le médecin de la première ligne l'est également. Le nombre de diplômés en médecine générale décroît. La profession de médecin généraliste est moins attractive ; le médecin généraliste ne jouit pas du prestige d'un spécialiste. Dans l'exercice de sa profession, il ne trouve plus de temps pour s'occuper de ses patients ; il est de plus en plus submergé de tâches administratives et les patients, conscients de leurs « droits du patient », sont devenus au fil des ans toujours plus critiques et exigeants ; on les dit plus émancipés. Les médecins doivent de plus trouver encore du temps pour la formation continue, si bien qu'il n'en reste guère pour la vie familiale.

L'OMS veut insuffler une nouvelle vie dans les soins de santé de première ligne. La médecine générale doit être revalorisée de manière à ce qu'elle soit considérée comme une spécialité à part entière ; l'accès à la profession doit être facilité. La biotechnologie doit être une aide pour la médecine de première ligne et non une charge. La médecine de première ligne doit davantage être axée sur le patient. Le médecin généraliste doit pouvoir remplir un rôle d'accompagnement pour ses patients et savoir coordonner l'échelonnement du traitement. Outre la dispensation de soins, la médecine de première ligne doit pouvoir assurer aussi la prévention, la revalidation et au besoin les soins palliatifs. La santé est un droit fondamental ; il incombe aux pouvoirs publics de veiller à ce que la crise financière ne compromette pas l'accès aux soins de santé et leur qualité ; l'assurance maladie doit être considérée comme un droit acquis.

L'OMS inscrira le plan de réajustement de la déclaration d'Alma-Ata à l'agenda de son assemblée générale de mai 2009 ; l'état d'avancement du dossier sera repris en discussion lors de l'assemblée générale de mai 2010.

### **L'évaluation des systèmes de soins de santé**

La recherche de nouveaux indicateurs de santé en vue d'améliorer la qualité des soins de santé permet de mieux cerner les groupes à risque d'une classe socio-économique inférieure. Outre des indicateurs connus d'un mode de vie malsain comme une alimentation déséquilibrée, l'abus d'alcool et de tabac et peu d'exercice physique, le niveau d'enseignement et l'arrière-plan culturel jouent un rôle que l'on a moins étudié jusqu'à présent. Ainsi il apparaît que les déterminants sociaux de la santé ne sont pas uniquement de la compétence du ministre de la santé publique, mais concernent également les responsables de l'enseignement, de la sécurité routière et du logement.

Plus l'échelle sociale est élevée, meilleure est la santé. Les personnes les plus cultivées des milieux aisés, non seulement vivent en moyenne plus longtemps, mais coulent également des vieux jours sans problèmes de santé significatifs. Elles font ce qu'il faut pour gagner des années de vie en bonne santé.

Parfois, le médecin doit tenir compte du contexte culturel de son patient : les ordonnances de régime pour un patient musulman souffrant de diabète peuvent être très éloignées des directives générales de la médecine basée sur les preuves ; ces directives sont scientifiquement fondées mais ne tiennent pas compte des convictions religieuses du malade.

### **L'obésité, la santé et le sentiment de bien-être général**

Les médecins sont toujours davantage confrontés au surpoids et à l'obésité. L'obésité est la cause de toutes sortes de maux dont la progression des diabètes de type 2 ; rien que les complications vasculaires grèvent déjà lourdement les systèmes de santé. L'obésité n'est pas seulement inscrite dans les gènes et la prévention par un mode de vie plus sain est possible. L'AMM tâche de mettre sur pied une campagne de prévention à l'aide de programmes éducatifs où non seulement les médecins mais également les employeurs ont un rôle à jouer. Les employeurs sont concernés parce qu'ils sont les premiers à ressentir directement les conséquences économiques d'un congé maladie. Lorsque le tiers de la journée se passe au travail, la possibilité doit être donnée de faire du sport comme le jogging ou des exercices de fitness. En outre, l'alimentation saine doit coûter moins cher afin que les gens soient moins enclins à choisir la malbouffe et le fast food.

### **La déclaration de Bologne**

En 1999, une quarantaine de ministres de l'enseignement ont signé la déclaration de Bologne. Par l'instauration de la structure « bachelors-masters », accompagnée de l'équivalence des diplômes, ce traité devait conduire à un échange aisé d'étudiants entre les différentes institutions de l'enseignement supérieur.

La structure « bachelors-masters » a été appliquée avec un succès variable aux différentes branches d'études : beaucoup étaient toutefois sceptiques quant à l'application de la déclaration de Bologne à la formation médicale. Les autorités universitaires prétendaient ne pas avoir été consultées et ne voulaient pas abandonner leur indépendance académique. Selon elles, la formation de médecin est une formation continue où dès le départ, les connaissances théoriques et l'expérience clinique sont étroitement liées. Cette formation est souvent propre à l'institution et ne se prête pas à un découpage bachelor-master.

Cela s'avère artificiel, du moins sur la base de l'état d'avancement de la situation dans trois pays, l'Allemagne, la Suisse et la Belgique, et ne répond pas du tout aux objectifs de la déclaration. L'équivalence d'un bachelor de médecine n'a en tout cas pas été établie. Il a été constaté que les programmes des candidatures dans les Facultés de médecine sont parfois fondamentalement divergents, si bien qu'un passage automatique d'une université à une autre n'est pas possible.

La mise en pratique de la déclaration de Bologne est réévaluée régulièrement ; ce fut le cas à Leuven le 28 avril 2009.

### **L'avenir des soins de santé**

L'orateur invité, le directeur général suppléant de la région Europe de l'OMS, Nata Menabde, a prédit un avenir sombre pour les soins de santé. Les conséquences de la crise économique sont à peine perceptibles et le pire reste à venir : la récession économique se traduit par un enchaînement d'événements. L'effet de dominos a commencé avec la crise financière dans le secteur bancaire résultant de la dérive des crédits logements, suivie des retombées industrielles de l'effondrement du secteur automobile et inévitablement, le secteur de la santé suivra.

Les coûts de la santé augmentent considérablement sous l'effet du vieillissement de la population et du développement de nouvelles technologies médicales. Une partie des coûts est couverte par des fonds publics. Mais l'OCDE n'exclut pas qu'une plus grande partie des dépenses de santé doive être prise en charge à l'avenir par les malades eux-mêmes. Les autorités devront être à même de faire une utilisation plus efficace de moyens raréfiés et tout autant enregistrer des résultats ; le malade n'a pas à payer de sa santé les conséquences de la crise; le traitement adéquat doit rester accessible et abordable financièrement ; être malade ne peut devenir une catastrophe.

### **La dispensation des soins de santé dans quelques pays**

Le FEAM-OMS est également une tribune où quelques pays peuvent formuler des observations concernant des problèmes locaux en matière de dispensation de soins de santé dans leur pays. Des rapporteurs de l'Azerbaïdjan, la Serbie, la Tchéquie, la Turquie et la Russie ont illustré combien le passage à de nouveaux systèmes de soins de santé peut parfois causer des problèmes.

### **FORUM-OMS 2010**

L'assemblée a accueilli par des applaudissements l'invitation de l'Association médicale russe à tenir la réunion du FEAM-OMS de 2010 à Sochi, au bord de la Mer Noire. Le comité des officiers de liaison étudiera la faisabilité de cette proposition.



### **Conclusion**

Comme par le passé, cette réunion du FEAM-OMS a reçu un accueil chaleureux. Les organisations médicales attachent beaucoup d'importance à l'initiative de l'OMS de discuter avec elles de manière informelle de sujets comme la migration de médecins ou la revalorisation des soins de santé de première ligne. Lors de cette réunion, beaucoup ont eu le sentiment que l'OMS était particulièrement attentive au point de vue des médecins ; finalement, ce sont eux qui ont la plus grande expérience du terrain. Le fait que l'OMS soit disposée à soutenir encore ces réunions à l'avenir est certainement une bonne nouvelle qui permet de déjà penser à la réunion de 2010.



## **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.