

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
VOL. XVII
DECEMBRE 2009

N° 127

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Pr G. Rorive*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- 2** - Garde d'urgences pédiatriques
- Dosage du lactate par des non-médecins
- Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre
- Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin
- Pandémie grippale A/H1N1 - Point de contact local «soins de santé»
- Site internet www.despecialistenwijzer.be déontologiquement inadmissible
- Avertissement : Annuaire professionnel PHYSICIANS AND THERAPISTS
GUIDE
- Influenza A/H1N1 – Vaccination. Communiqué de presse
- Maladies sexuellement transmissibles (MST) – Traitement du/des partenaire(s)
- Examen par le médecin contrôleur – Présence de la personne de confiance
- Médecine du travail – Médecine de contrôle – Loi relative aux droits du patient

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL

9 Service des urgences— Pandémie grippale—Refus d'admission

CHRONIQUE INTERNATIONALE

10 Rapport de la réunion du CPME, octobre 2009 (Winchester)
Pr G. De Roy
Dr R. Kerzmann

13 Assemblée générale du WMA, 14-17 octobre 2009 (New Delhi)
Dr J.-L. Desbuquoit

Les avis rendus par le Conseil national en ses séances du 5 septembre et du 24 octobre 2009 portent sur des sujets très variés. Deux points paraissent cependant devoir être soulignés.

Le premier, la définition d'un acte médical, le domaine d'activité réservé aux seuls médecins, tend à devenir moins nette.

Par exercice de l'art médical, l'arrêté royal 78 sur l'art de guérir entend « l'accomplissement habituel d'un acte ayant pour objet, ou présenté comme ayant pour objet à l'égard de l'être humain, soit l'examen de santé, soit le dépistage de maladies ou de déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration et la surveillance du traitement d'un état pathologique physique ou psychique réel ou supposé, soit la vaccination » (AR n° 78 du 10 novembre 1967, art. 2 al. 1).

La pénurie relative de médecins, et tout particulièrement de médecins généralistes, ainsi que la surcharge de travail des médecins en activité entraînent progressivement un glissement des actes ainsi définis, et réservés aux médecins, vers leurs collaborateurs et d'autres professions non reprises à l'arrêté royal 78. A plusieurs reprises ces derniers mois, le Conseil national a été amené à se prononcer à propos de cette redistribution d'activité et des répercussions éventuelles pour la santé de la population et l'exercice de la profession médicale. Dans ce numéro du bulletin, l'avis concernant le dosage de l'acide lactique plasmatique, par des entraîneurs chez des sportifs au cours d'exercices physiques importants, en est un exemple. Un avis du 30 mai 2009 à propos de la réalisation des examens ophtalmologiques par un collaborateur dans le cadre des examens de médecine du travail et celui du 9 mai 2009 à propos de la possibilité pour un infirmier dans un service d'urgence de demander d'initiative une radiographie relèvent de la même problématique. On notera également à ce propos les récents débats concernant le rôle respectif des médecins, des pharmaciens et des autorités à propos de la campagne de vaccination contre la grippe Influenza A H1N1. Le corps médical, en particulier à travers les organisations professionnelles, doit s'associer aux réflexions du Conseil national à propos de cette évolution avant que les autorités politiques ne soient amenées à la régler. Lors de sa récente réunion du 14 octobre à New Delhi, l'Association Médicale Mondiale a abordé cette problématique du transfert des tâches et formulé une série de recommandations et de conditions, en insistant sur la situation particulière des pays confrontés à une pénurie de médecins.

Le second point attire l'attention sur le caractère extrêmement large de l'application de la loi relative aux droits du patient du 22 août 2002. Dans cette loi, le patient est défini comme une personne physique à qui des soins de santé sont dispensés à sa demande ou non. Les soins de santé sont eux-mêmes définis comme les services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie. Le praticien professionnel désigne le praticien visé à l'arrêté royal 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle telle que visée dans la loi du 24 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales. Dans un avis du 24 octobre 2009, le Conseil national rappelle que la loi précitée s'applique à tous les rapports juridiques de droit privé ou de droit public dans les domaines des soins de santé dispensés par un praticien professionnel (Art. 3, al. 1 de la loi). Dès lors, il conclut que le rapport entre un patient et un médecin contrôleur, ou un médecin du travail, entre dans le champ d'application de la loi du 22 août 2002. Ces praticiens doivent en respecter toutes les dispositions et en particulier celles qui concernent la consultation du dossier, la désignation d'une personne de confiance et la présence éventuelle de celle-ci lors de l'examen médical. Dans un avis du 16 février 2002 sur l'avant projet de la loi relative aux droits du patient, le Conseil national avait déjà souligné les implications de ces définitions larges des notions de patient et de soins de santé

Nous souhaitons également attirer l'attention des médecins sur l'existence d'avis du Conseil national et du Bureau du Conseil concernant l'application d'avis antérieurs dont l'accès est réservé au corps médical et qui sont disponibles dans la partie du site réservée aux médecins et que nous vous invitons à consulter.

*Pr Georges RORIVE,
Rédacteur en chef*

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 5 SEPTEMBRE ET 24 OCTOBRE 2009

- Garde d'urgences pédiatriques (05/09/2009)
- Dosage du lactate par des non-médecins (05/09/2009)
- Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre (05/09/2009)
- Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin (05/09/2009)
- Pandémie grippale A/H1N1 - Point de contact local «soins de santé» (05/09/2009)
- Site internet www.despecialistenwijzer.be déontologiquement inadmissible (05/09/2009)
- Avertissement : Annuaire professionnel PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE (05/09/2009)
- Influenza A/H1N1 – Vaccination. Communiqué de presse (24/10/2009)
- Maladies sexuellement transmissibles (MST) – Traitement du/des partenaire(s) (24/10/2009)
- Examen par le médecin contrôleur – Présence de la personne de confiance (24/10/2009)
- Médecine du travail – Médecine de contrôle – Loi relative aux droits du patient (24/10/2009)

2

Garde d'urgences pédiatriques (05/09/2009)

MOTS-CLES :
Garde médicale – Pédiatrie - Urgences
REFERENCE :
a127004f

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le courrier émanant d'un médecin anesthésiste réanimateur responsable d'une unité de soins intensifs prenant en charge essentiellement des patients adultes. L'institution se propose de développer une unité de pédiatrie. Des lors, l'unité de soins intensifs précitée deviendrait le premier chaînon de la procédure d'appel en cas d'urgence vitale en néonatalogie et en pédiatrie.

Le médecin souligne que, même si durant sa formation l'anesthésiste réanimateur est en contact avec des enfants, et plus rarement des nouveau-nés, cela ne garantit pas une formation à part entière en médecine d'urgence intensive en pédiatrie et moins encore en néonatalogie.

Le médecin pose la question de sa responsabilité et de l'attitude à avoir vis-à-vis de la direction de l'institution.

Le Conseil national rappelle et renvoie à un avis qu'il a émis le 18 novembre 2000 en réponse à une question analogue posée par un chirurgien orthopédiste (BCN 91, p. 7).

Le Conseil national est d'avis que le praticien qui accepte d'assurer une fonction doit disposer d'une compétence actualisée vis-à-vis des patients et des pathologies qu'il sera amené à rencontrer. Toute prestation de sa part engage sa responsabilité.

Si un médecin invité à prester pareille fonction estime n'être pas dans les conditions de compétence optimale, il doit pouvoir solliciter une dérogation auprès du médecin-chef, des médecins chefs de service concernés et du conseil médical. En cas de litige, le conseil provincial peut intervenir et proposer une conciliation.

Le Conseil national considère par ailleurs que si une institution souhaite développer une nouvelle fonction, il lui incombe de recruter le personnel médical et paramédical compétent nécessaire pour garantir les différents aspects de la fonction pédiatri-

que dans les meilleures conditions de qualité et de sécurité, et de créer l'infrastructure nécessaire.

Dosage du lactate par des non-médecins

(05/09/2009)

MOTS-CLES :
Médecine sportive

REFERENCE :
a127005f

Une collaboratrice du Département Culture, Jeunesse, Sport et Médias de l'autorité flamande, et plus précisément du « Team Verantwoord Sporten », compétent pour la politique du contrôle médical dans le cadre du sport, soumet la lettre d'un sportif/entraîneur souhaitant savoir s'il peut, sans formation (para)médicale, effectuer des tests de lactate chez des participants à des entraînements. Ces dosages de lactate sont effectués durant un test d'effort inframaximal ou maximal afin de donner un avis personnalisé pour un entraînement.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Votre courriel du 3 mars 2009 et celui de M. ..., vous adressé le 1^{er} mars 2009 et joint au vôtre, ont retenu toute l'attention du Conseil national de l'Ordre des médecins les 4 juillet et 5 septembre 2009. Ils concernent le fait d'autoriser ou non des prélèvements pour le dosage du lactate par des non-médecins durant un test d'effort inframaximal ou maximal afin de donner un avis personnalisé pour un entraînement. Ils appellent les remarques suivantes.

Tout d'abord, le Conseil national constate que le prélèvement pour le dosage du lactate est effectué, soit durant un test d'effort réalisé en salle (vélo d'effort, tapis roulant...), soit à l'extérieur (piste d'athlétisme, bassin de natation), l'effort pouvant être inframaximal ou maximal. Ces tests d'effort étant susceptibles d'entraîner un risque potentiel pour la santé des sportifs, même si ce risque est faible, le Conseil national estime qu'ils ne doivent être autorisés qu'à la suite d'un examen médical d'aptitude et sous supervision médicale.

Ensuite, si chacun est libre de se contrôler personnellement en dosant le lactate avec un appareillage dit adéquat, le Conseil national, se référant à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de soins de santé, ne peut admettre que des prélèvements chez des sportifs soient réalisés par des entraîneurs (ou des soigneurs) à leur initiative et sous leur responsabilité personnelle.

Enfin, compte tenu des importantes variations du taux de lactate en fonction des conditions physiologiques et pathologiques, le Conseil national considère qu'il est inadéquat de confier l'interprétation du résultat du dosage du lactate chez un sportif à des non-médecins pour lui donner un avis personnalisé pour un entraînement. Cela ne peut se faire qu'en concertation et sous la supervision d'un médecin qui, tenant éventuellement compte d'autres paramètres, en assurera la responsabilité finale.

Cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre

(05/09/2009)

MOTS-CLES :
Contrôle médical – Médecin généraliste

REFERENCE :
a127006f

En ses séances des 25 juillet et 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la lettre du docteur ... concernant le cumul des fonctions de médecin généraliste, médecin contrôleur et médecin arbitre.

Moyennant le respect de certaines conditions (voir en particulier la loi du 13 juin 1999 relative à la médecine de contrôle), ce cumul n'est légalement pas interdit.

Sur le plan déontologique, ce cumul - dont l'espace géographique est à définir par le conseil provincial d'inscription du médecin concerné - n'est pas souhaitable dans la région où exerce le médecin généraliste. Tant l'indépendance de sa fonction que l'intérêt du patient concerné pourraient de ce fait être compromis. L'opportunité du cumul des fonctions de médecin contrôleur et de médecin arbitre dans une autre région doit être appréciée en fonction des circonstances par le conseil provincial. Il va sans dire que le cumul des fonctions de médecin contrôleur et de médecin arbitre dans une même affaire est exclu. Il n'est nul besoin non plus de démontrer qu'un médecin généraliste ne peut assumer la mission de médecin contrôleur ou de médecin arbitre dans une affaire concernant son patient et donc le concernant lui-même.

En tout cas, comme cela a déjà été affirmé et confirmé dans des avis précédents du Conseil national, le cumul en question n'est possible qu'avec l'avis favorable du conseil provincial d'inscription du médecin concerné.

Indication thérapeutique ajoutée sur l'ordonnance par le médecin et retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament

(05/09/2009)

MOTS-CLES :
Médicaments – Prescriptions – Secret professionnel – Soins à domicile

REFERENCE :
a127007f

Le Conseil national est interrogé sur la possibilité pour le médecin traitant d'ajouter sur l'ordonnance médicale une indication thérapeutique afin que celle-ci soit retranscrite par le pharmacien sur la boîte du médicament, dans le but d'optimiser la gestion de la médication dans les soins à domicile.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question portant sur l'ajout d'une indication thérapeutique sur l'ordonnance médicale par le médecin, afin que celle-ci soit retranscrite par le pharmacien sur l'emballage du médicament. Le but de cet ajout serait d'optimiser la gestion de la médication dans les soins à domicile et d'améliorer l'information du patient.

Le Conseil national rappelle l'article 178 du Code de déontologie médicale qui énonce que « dans leurs rapports professionnels avec les pharmaciens, les médecins veilleront à respecter les dispositions légales relatives aux modalités des prescriptions ».

La forme et les mentions obligatoires de la prescription de médicaments en ambulatoire sont fixées par l'arrêté royal du 8 juin 1994 fixant le modèle de document de prescription des prestations de fournitures pharmaceutiques pour les bénéficiaires non hospitalisés et l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant les modalités de la prescription à usage humain.

Ces textes ne requièrent pas la mention de l'indication thérapeutique ou du diagnostic sur la prescription. Lorsque le médecin prescrit des spécialités pharmaceutiques dites remboursables, hors des conditions de remboursement, il doit faire mention sur la prescription de médicaments, non pas du diagnostic, mais de la non-remboursabilité du médicament (art. 93, § 2, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques).

Pour rappel, la prescription médicale n'est pas uniquement destinée au pharmacien, elle est également soumise à l'office de tarification et contrôlée par l'INAMI. Le pharmacien n'est donc pas la seule personne à prendre connaissance de son contenu.

L'échange d'informations entre le médecin et le pharmacien implique que cet échange soit nécessaire à l'accomplissement de leurs missions respectives.

Il incombe au médecin de fournir au patient toutes les explications nécessaires, oralement et/ou par écrit, dans un langage compréhensible, concernant l'indication thérapeutique justifiant la prescription médicamenteuse, conformément à l'article 7, § 2, loi du 22 août 2002 relative aux droits des patients.

La qualité des soins à domicile, et plus précisément l'administration adéquate des médicaments par les prestataires de soins à domicile, est plus utilement soutenue par un plan de soins et un carnet de communication permettant d'assurer la liaison entre eux et le médecin traitant que par une mention sur l'emballage d'un médicament. Un schéma de la médication est également bénéfique.

Enfin, une communication directe entre le médecin et le prestataire de soins est toujours à privilégier.

En conclusion, l'échange d'informations entre le médecin et le pharmacien doit toujours être justifié par le critère de la nécessité, et il ne peut dès lors se concevoir que l'information au sujet de l'indication soit donnée au pharmacien non pas pour lui permettre de remplir sa mission, mais à la seule fin qu'il la retranscrive sur un emballage afin de permettre à d'autres personnes d'en avoir connaissance.

De plus, le Conseil national estime que les avantages escomptés d'une mention systématique de l'indication thérapeutique ne sont pas en proportion avec les dangers d'un éventuel abus de cette information par des personnes non liées par le secret professionnel.

***Pandémie grippale A/H1N1 - Point de contact local «soins de santé»
(05/09/2009)***

MOTS-CLES :
Devoirs généraux du médecin – Médecin généraliste
REFERENCE :
a127008f

Le plan national relatif à la pandémie grippale A/H1N1 était initialement prévu un point de contact local « soins de santé » dans chaque commune. Ces points de contact assureraient les consultations et les visites à domicile pour les patients atteints de la grippe, et ce en accord avec les cercles de médecins généralistes et sur une base solidaire entre les médecins généralistes de la région.

Un inspecteur fédéral de l'hygiène demande si le refus de certains médecins généralistes de participer à cette fonction de consultation est déontologiquement acceptable.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel par lequel vous demandez d'être informé de la position de l'Ordre des médecins à l'égard de médecins refusant de participer sur une base solidaire à la fonction de consultation (tant les consultations que les visites à domicile) du point de contact local « soins de santé » lors d'une pandémie grippale A/H1N1.

Le Conseil national estime que dans ces circonstances particulières, si un accord a été trouvé entre les cercles de médecins

généralistes et les administrations communales à propos du point de contact local et de son fonctionnement, les médecins ont le devoir déontologique d'y participer, à moins d'un motif valable accepté par le cercle de médecins généralistes.

Site internet www.despecialistenwijzer.be déontologiquement inadmissible (05/09/2009)

MOTS-CLES :
Internet – Publicité et réclame
REFERENCE :
a127009f

En sa séance du 5 septembre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le site internet www.despecialistenwijzer.be.

Ce site, créé comme site frère du site www.despecialistenwijzer.nl, a un but commercial : la location d'espaces internet à des médecins spécialistes. Par le biais de cet espace, ces médecins ont la possibilité d'adresser toutes sortes de communications au public, telles que leur expérience professionnelle, le nombre d'opérations effectuées et les temps d'attente.

Une fonction de recherche donne, après avoir introduit un code postal, les coordonnées du médecin « affilié » le plus proche.

En outre, des informations générales sont fournies concernant différentes pathologies, illustrées par des croquis ou des photos avant et après l'intervention.

Le Conseil national estime que cette présentation équivaut au rabattage de patients. La dénomination « despecialistenwijzer » est de nature à faire croire indûment au patient que tous les médecins spécialistes y sont référencés, alors que tel n'est pas du tout le cas. Le principe du libre choix du médecin par le patient est de ce fait entravé.

La publicité faite par un médecin doit respecter les principes déontologiques énoncés aux articles 12 à 17 du chapitre III du Code de déontologie médicale, consacré à la publicité. Le contenu du site www.despecialistenwijzer.be n'est pas conforme à ces principes.

Par conséquent, en s'inscrivant sur ce site, un médecin ne respecte pas ses obligations déontologiques.

Avertissement : Annuaire professionnel PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE (05/09/2009)

MOTS-CLES :
Internet
REFERENCE :
a127011f

L'Ordre des médecins met en garde contre une arnaque à l'annuaire professionnel. Il s'agit plus précisément du PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE, publié online.

Le site Internet se vante d'être une banque internationale d'informations médicales, mais il s'avère qu'il est le résultat d'une entreprise frauduleuse. Les médecins belges reçoivent ces jours-ci une lettre où il leur est demandé de contrôler leurs données d'adresse et si nécessaire de les rectifier. Le médecin peut aussi ajouter des photos et d'autres données concernant sa pratique. Les informations sont destinées à être publiées dans le PHYSICIANS AND THERAPISTS GUIDE sur www.med1web.com.

Il s'agit d'une escroquerie. Si vous répondez à l'offre et renvoyez le formulaire signé à une adresse postale portugaise, il pourra rapidement vous en coûter € 3.000. L'organisation United LDA facture € 957 par an pour sa prestation de services. Si vous signez, vous êtes également lié par un contrat de 3 ans. Ceci est écrit en petites lettres. Le service public fédéral Economie met aussi en garde pour l'instant contre cette arnaque à l'annuaire.

Influenza A/H1N1 – Vaccination (24/10/2009)

MOTS-CLES :
Maladies transmissibles - Secret professionnel - Vaccination
REFERENCE :
a127015f

Communiqué de presse suite à des commentaires dans la presse médicale concernant la vaccination contre le virus de la grippe A/H1N1. Au sujet de l'enregistrement systématique des vaccinations contre le virus de la grippe A/H1N1, le Conseil national s'est penché sur la question de savoir s'il est réalisable et s'il n'implique pas une violation du secret professionnel

COMMUNIQUE DE PRESSE :

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national a pris connaissance de la loi du 16 octobre 2009 accordant des pouvoirs au Roi en cas d'épidémie ou de pandémie de grippe et d'un projet d'arrêté royal relatif à la création d'une banque de données fédérale relative aux vaccinations contre le virus de la grippe A/H1N1.

Le Conseil national estime que le médecin ne viole pas le secret professionnel en fournissant, à des fins d'enregistrement, à la base de données fédérale les données personnelles demandées dans le projet d'arrêté royal et que cette communication ne porte pas atteinte à la protection de la vie privée.

Outre la voix consultative au sein du Comité de gestion de la plateforme eHealth, il est fait référence au Conseil national (article 6 du projet d'arrêté royal concernant la révélation des données codées) en guise de garantie supplémentaire du secret professionnel.

Le Conseil national estime, à l'instar de médecins et associations de médecins, que la proposition de création d'une base de données fédérale et les modalités d'enregistrement soulèvent diverses questions de fond et objections pratiques.

Pour ce qui est de l'enregistrement par le biais de la plateforme eHealth, le Conseil national renvoie au site internet de la plateforme eHealth (www.ehealth.fgov.be) où il est indiqué que "l'adhésion à la plate-forme eHealth n'est pas obligatoire et se fait sur une base volontaire".

Il est malvenu de rendre obligatoire l'usage de la plateforme eHealth à des fins d'enregistrement à un moment où l'incidence de la nouvelle variante de la grippe A/H1N1 prend des allures exponentielles et où la charge de travail supplémentaire qui en découle pour le médecin ne permet pas un usage idéal des fonctionnalités de la plateforme, sans mettre en péril la qualité des soins.

Le Conseil national estime que, dans les circonstances spécifiques d'une pandémie grippale, un enregistrement est justifiable.

Dans les circonstances actuelles, le Conseil national conseille à tous les médecins procédant à la vaccination, indépendamment de l'usage de la plateforme eHealth, d'enregistrer toutes les données nécessaires dans leurs propres dossiers médicaux, dans le présent cas le DMG, et de suivre avec soin la pharmacovigilance par le biais des canaux usuels comme prévu par l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (FAGG-AFMPS).

Maladies sexuellement transmissibles (MST) – Traitement du/des partenaire(s) (24/10/2009)

MOTS-CLES :
Maladies transmissibles - Prescriptions
REFERENCE :
a127016f

Un conseil provincial soumet la lettre d'un médecin s'informant de la procédure en Belgique pour soigner efficacement des patients atteints d'une maladie sexuellement transmissible (MST) et leur(s) partenaire(s) sans avoir eu de contact direct avec ces derniers.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé l'examen d'un courrier du 23 juin 2008, qui lui a été transmis par un conseil provincial.

Par ce courrier, un médecin interroge l'Ordre des médecins concernant la pratique consistant à remettre à une patiente porteuse d'une infection sexuellement transmissible une prescription médicamenteuse destinée à son partenaire, sans avoir eu de contact direct avec celui-ci.

Le Conseil national formule les remarques suivantes.

Dans son avis du 19 août 2000 (BCN n° 90, p.13), le Conseil national a rappelé que la prescription médicamenteuse fait partie de la consultation médicale et ne peut concerner que des patients consultant ou ayant consulté le médecin, qui en porte la responsabilité.

La prescription doit être prudente et le médecin doit tenir compte des antécédents du patient. Il doit aussi s'assurer que le patient comprend la nécessité du traitement et que le suivi requis est donné au traitement.

Une prescription anonyme, sans contact avec le destinataire de celle-ci et par l'intermédiaire d'un tiers, ne répond pas aux critères susmentionnés.

S'il y a eu risque de contamination, le médecin doit informer le patient de la nécessité pour le partenaire sexuel de consulter également afin de recevoir si nécessaire les soins adaptés.

Enfin, il convient de souligner l'obligation de faire figurer sur la prescription les nom et prénom du patient auquel la prescription est destinée, conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 10 août 2005 fixant les modalités de la prescription à usage humain.

Le Conseil national est conscient que des alternatives à la médecine « face-to-face » sont étudiées, et il reste attentif à leurs implications déontologiques.

Examen par le médecin contrôleur – Présence de la personne de confiance (24/10/2009)

MOTS-CLES :
Contrôle médical – Droits du patient – Relation médecin-patient
REFERENCE :
a1270218f

Invoquant l'avis du Conseil national du 16 juin 1984 (BCN n°33 p.25), confirmé par l'avis du 20 mars 1993 (BCN n° 60 p. 34), un médecin contrôleur refuse la présence du mari d'une patiente lors d'un examen dans le cadre d'un dossier relatif à un accident de travail. Ce monsieur demande au Conseil national si le médecin contrôleur concerné a le droit de refuser systématiquement et sans explication sa présence.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 21 janvier 2009 concernant la présence d'une personne de confiance lors d'un examen de contrôle médical.

A la demande du patient, la présence d'une personne de confiance, apparentée ou non, doit en principe être admise.

Si la présence de cette personne gêne la relation médecin contrôleur - patient, le médecin est libre de ne pas donner suite à cette demande.

Le patient est informé du motif du refus. Il est recommandé que le refus et le motif de celui-ci figurent au dossier médical.

Médecine du travail – Médecine de contrôle – Loi relative aux droits du patient (24/10/2009)

MOTS-CLES :
Contrôle médical – Droits du patient – Médecine du travail
REFERENCE :
a127019f

Un médecin demande au Conseil national si la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à la médecine de contrôle et à la médecine du travail. Dans sa lettre, il éclaire certains aspects concrets du problème : le droit à la consultation du dossier médical, la présence d'une personne de confiance lors d'un examen médical et l'identité de la personne de confiance.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 24 octobre 2009, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les questions posées dans votre lettre du 6 juillet 2009 où vous demandez si la médecine de contrôle et la médecine du travail entrent dans le champ d'application de la loi relative aux droits du patient.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à tous les rapports juridiques de droit privé et de droit public dans le domaine des soins de santé dispensés par un praticien professionnel à un patient (article 3, § 1^{er}). Le rapport juridique doit concerner les soins de santé. Il s'agit des services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie (article 2).

Le rapport juridique entre un patient et un médecin contrôleur ou un médecin du travail entre dans le champ d'application de la loi décrit ci-dessus. Cette définition reçoit une interprétation large. Il peut s'agir de soins demandés par le patient, son représentant ou un tiers (par exemple, en cas de contrôle médical) ou même non demandés, dans les cas d'urgence. L'exposé des motifs (doc 50, 1642/001, p.15) indique que les termes «déterminer l'état de santé du patient» visent aussi l'examen de l'état de santé à la demande d'un tiers, par exemple, l'examen médical effectué dans le cadre de la médecine d'assurances ou l'examen par le médecin contrôleur d'une mutualité ou par un médecin du travail.

En vertu de l'article 4 de la loi, le médecin doit en respecter les dispositions.

1/ Consultation du dossier

Le patient a droit à la consultation de son dossier de patient (article 9, § 2). A sa demande, le patient peut se faire assister par une personne de confiance désignée par lui ou exercer son droit de consultation par l'entremise de celle-ci.

Les annotations personnelles d'un praticien professionnel et les données concernant des tiers n'entrent pas dans le cadre de ce droit de consultation (article 9, § 2, alinéa 3). Si la personne de confiance désignée est un praticien professionnel, celui-ci consulte également les annotations personnelles (article 9, § 2, alinéa 4).

2/ Présence de la personne de confiance lors de l'examen médical

A la demande du patient, la présence d'une personne de confiance, apparentée ou non, doit en principe être admise.

Si la présence de cette personne gêne la relation médecin - patient, le médecin est libre de ne pas donner suite à cette

demande.

Le patient est informé du motif du refus. Il est recommandé que le refus et le motif de celui-ci figurent au dossier médical.

3/ Personne de confiance

La loi relative aux droits du patient ne définit pas la notion de « personne de confiance ».

Une personne de confiance est une personne qui assiste le patient dans l'exercice de ses droits de patient, tel celui d'obtenir des informations ou de consulter le dossier.

La personne de confiance est désignée par le patient. Un contrat tacite naît entre le patient et la personne de confiance. Il ne se crée pas de rapport juridique entre le praticien professionnel et la personne de confiance.

L'identité de la personne de confiance est mentionnée dans le dossier du patient.

REUNION DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL DU 22 SEPTEMBRE 2009

Service des urgences – Pandémie grippale – Refus d'admission (22/09/2009)

MOTS-CLES :

Maladies transmissibles – Médecin généraliste – Point de contact local « soins de santé » - Urgences

REFERENCE :

a127014f

Le Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné une question qui a été soumise par un conseil provincial.

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL :

[...]

9

La question alors posée était la suivante : *En cas de pandémie grippale, le service des urgences d'un hôpital peut-il refuser l'hospitalisation d'un patient peut-être atteint de la grippe parce que ce patient n'a pas de lettre d'envoi d'un médecin ?*

La question étant soulevée dans le cadre d'une éventuelle pandémie grippale, le Bureau a invité le professeur M. VAN RANST, commissaire du Commissariat Interministériel Influenza, pour une concertation le 10 septembre 2009.

Sur la base de cette concertation, le Bureau du Conseil national estime que :

- dans des circonstances normales, où le personnel n'est pas débordé et où l'hôpital n'est pas saturé, le patient doit être accueilli au service des urgences et la procédure normale doit être suivie ;
- dans des circonstances où l'hôpital est ou risque d'être saturé, un triage sera effectué par les médecins au service des urgences sur la base des constatations de leur examen médical.

Rapport de la réunion du CPME – Winchester – octobre 2009

Pr G. De Roy
Dr R. Kerzmann

Dans cette période chahutée qu'il traverse depuis près de 2 ans, cette réunion d'automne du CPME, marquant par ailleurs le cinquantième anniversaire de sa création, était fort attendue. Elle s'est tenue les 23 et 24 octobre dans le cadre magnifique du Collège de Winchester, à un jet de pierre de la célèbre cathédrale qui fêtera bientôt ses 1000 ans d'existence et qui est superbement conservée en bordure d'un vaste espace de verdure arborée comme seuls les Anglais savent les concevoir et surtout les entretenir.

Pour l'occasion, 24 pays étaient représentés avec la Croatie comme membre associé et la Serbie comme observateur ; 8 organisations internationales associées étaient également présentes. La délégation belge était composée des Professeurs Guy De Roy et Roland Lemye ainsi que du docteur Roland Kerzmann.

Avant d'aborder en séance plénière la problématique délicate de l'évolution nécessaire, statutaire et structurale, de cette « belle quinquagénaire », suite à la démission effective de la France, de l'Italie et de l'Espagne, la première des 2 journées de travail a été, comme traditionnellement, consacrée à la tenue des commissions ; elle a permis de faire le point sur différents thèmes actuellement portés par le CPME. Toutefois, afin de ne pas alourdir ce rapport, nous nous limiterons à n'exposer que « la substantifique moëlle » des discussions menées.

Commissions

En « Soins de santé, sécurité sociale et Economie de la santé », l'essentiel des travaux s'est concentré sur les soins transfrontaliers, l'e-santé et la finalisation prochaine de la directive sur le temps de travail.

Relativement au droit des patients en matière de soins transfrontaliers et sous l'actuelle Présidence suédoise, une proposition de texte a été soumise à l'étude de la Communauté européenne ; on en espère le résultat pour décembre 2009 avec une seconde lecture pour le printemps 2010. Sans entrer dans ses détails, il semble désormais acquis qu'en ce domaine, les législations en vigueur dans les différents pays en matière de sécurité sociale seront maintenues et constitueront la référence de remboursement, les soins dispensés en pratique privée et le domaine des greffes d'organes sortant de son champ d'application. Il a été souligné que les dispositions à arrêter devront particulièrement garantir la qualité et la sécurité de ces patients souhaitant se faire traiter dans un pays voisin ; cela sous-entendra bien évidemment aussi l'assurance d'une information préalable de haut niveau.

La thématique de l'e-santé a été à nouveau discutée, le CPME ayant été plus largement engagé, sur requête de la Communauté européenne, dans plusieurs activités en rapport et notamment le projet EPSOS (European Patient Smart Open Services) ou le projet Calliope. Ceci répond au souci qu'a la même Présidence suédoise, à la suite de ses prédécesseurs, de reconnaître et d'affirmer l'utilité de ce système comme un outil indispensable contribuant à la qualité et la sécurité des soins mais en y associant cette fois davantage les médecins ; cela paraît évident eu égard à sa finalité d'amélioration du fonctionnement et de l'efficacité globale des systèmes nationaux de santé en les rendant plus accessibles et mieux adaptés tant aux besoins des patients qu'à ceux des professionnels de la santé ; l'e-santé devrait en outre permettre de répondre aux différents challenges générés par une population vieillissante. Ces objectifs seront bien évidemment ciblés par le CPME dans ses travaux.

Les négociations entreprises sur la finalisation de la directive sur le temps de travail, pierre angulaire de la protection des travailleurs dans l'EU, telle qu'adoptée en juin 2008, ont échoué ; une nouvelle tentative est dès lors à l'ordre du jour. Des discussions menées, il faut retenir que les avancées précédemment obtenues ou espérées seront à nouveau revendiquées en considérant notamment pour les médecins un temps maximal de travail hebdomadaire fixé à 48 heures, le temps passé en garde restant comptabilisé avec un repos compensateur le lendemain. Une évolution pourrait porter désormais sur l'acceptation de l'opt-out qui a posé tant de problèmes auparavant. L'idée serait cependant d'en limiter la portée à un maximum de 58 heures par semaine par exemple. Du lest pourrait éventuellement être lâché sur la période de référence ou sur des contrats à très court terme actuellement exclus de la directive. Il est certain que dans cette optique d'adaptation, il faudra aussi prendre en compte les nécessités de la formation des médecins en milieu hospitalier et le bon fonctionnement des hôpitaux, les effets de l'évolution démographique médicale et dès lors du développement probablement inévitable du task shifting... En attendant, c'est bien la directive de 1993, revue en 2003 qui reste d'application.

La commission « Ethique et Déontologie Médicale » a quant à elle et de nouveau relayé les propositions de la BMA concernant l'utilisation d'instruments médicaux produits dans des pays émergents et souligné, dans ce

cadre, l'état d'avancement de l'application de ses recommandations notamment en Norvège, interrogeant et stimulant les autres délégations pour en vérifier le suivi dans leur propre pays. Rappelons que le principe fondamental défendu est celui de la nécessité de ne recourir qu'à des instruments chirurgicaux ou, plus généralement, du matériel médical produit dans des conditions et selon des conventions internationales garantissant les droits au travail équitable, ceux des enfants souvent exploités à cette fin ainsi que le respect des normes de sécurité et de santé.

La possibilité pour le médecin d'invoquer l'objection de conscience dans certaines circonstances a été également revue avec l'objectif de définir une position actualisée du Comité. En apportant ses soins au patient, le médecin doit en effet constamment établir une balance entre, d'une part, les nécessités, demandes et valeurs de ce dernier et, d'autre part, les dispositions déontologiques et/ou éthiques en vigueur tout comme ses propres convictions morales ou religieuses. Le CPME s'est sans aucune difficulté rallié à ces dispositions qui sont que le médecin doit avant tout garantir des soins consciencieux et de haute qualité à son patient, l'informer sur le fondement de son traitement et refuser qu'une croyance personnelle puisse être à la base d'un refus de soins ; prononcer un jugement moral sur les demandes éventuelles ou sur le comportement déterminé de son patient n'est pas davantage acceptable. Cependant, il lui est reconnu le droit de décliner sa participation à des procédures qui sont contraires à sa sensibilité morale sur requête de supérieurs hiérarchiques, de mesures gouvernementales ou de patients, même dans le cadre d'un testament de vie. Dans ce dernier cas, il faudra veiller à indiquer à son patient le nom d'un confrère susceptible de l'aider. Dans les conditions de l'urgence, il a été rappelé que le médecin a le devoir absolu de porter secours au patient.

11

L'utilisation des informations génétiques en dehors du cadre et à des fins autres que celles de la santé a été discutée. Les recommandations proposées s'appuient sur les 3 notions fondamentales que sont la propriété des données médicales, le droit du patient à la confidentialité et le risque de discrimination consécutif à l'utilisation éventuelle de ces informations. Les principes qui les guident tiennent tout autant du respect de la dignité humaine qu'à celui des droits fondamentaux de l'homme dont celui à son intégrité individuelle. Il s'en suit que la commission « Ethique médicale et Déontologie » prie le CPME d'exhorter les gouvernements nationaux à légiférer de façon à ce que l'information génétique ne puisse être utilisée hors du secteur de la santé ; en raison de son caractère hautement sensible, l'information génétique ne peut être appliquée que dans la relation médecin-patient ; son utilisation à des fins d'assurance n'en fait pas partie.

La commission « Formation médicale, Formation professionnelle continue et Amélioration de la qualité » s'est penchée sur les problèmes qui apparaissent lors de l'appréciation de l'équivalence des diplômes de médecins décernés dans des pays non-membres de l'Union européenne. Les règles appliquées sont très différentes d'un état à l'autre. Le CPME effectuera une enquête sur la manière de procéder des différentes autorités nationales compétentes.

Le CPME veut promouvoir le dossier électronique de la formation continue. Ces applications ont déjà été mises en œuvre dans certains pays avec des résultats apparemment satisfaisants.

La commission plaide en faveur d'une formation des médecins à une meilleure communication ; les médecins n'ont pas seulement des difficultés de communication avec leurs patients, mais également avec les forums de patients, les autorités, les médias et les autres professionnels de la santé. La commission estime aussi qu'il est nécessaire de lancer le plus rapidement possible des cours en économie de la santé et management. Les autorités compétentes débattent souvent de la réforme des soins de santé avec de hauts fonctionnaires qui ne sont généralement pas des médecins en exercice ; ils ne sont de ce fait pas suffisamment au courant de la situation sur le terrain. Les médecins doivent être formés de manière à pouvoir participer à ces discussions. La négociation n'a jamais été leur point fort, simplement parce qu'elle ne leur a jamais été enseignée. Il convient de s'y atteler.

Réunion du Conseil et Assemblée plénière

Outre l'approbation des rapports des commissions, l'attention s'est portée sur le budget et la réforme du fonctionnement du CPME.

Il ressort de la comptabilité, que le CPME a bien supporté la crise ; une légère augmentation du budget pour 2010, de l'ordre de 5%, lui permettrait de se maintenir. La nécessité d'économies drastiques vient de la démission, à dater du 1^{er} juillet, des organisations médicales française, espagnole et italienne. Il a été décidé en premier lieu de diminuer le nombre de réunions ; il n'y aura plus qu'une seule assemblée générale par an et deux réunions du Conseil ; les réunions de commissions sont supprimées.

Il a aussi été décidé de renoncer aux conseillers juridiques et au réviseur d'entreprises externe. Les sujets juridiques peuvent être étudiés correctement par les juristes généralement très compétents des organisations de médecins. Le contrôle sur le plan financier peut être repris par l'auditeur interne, le trésorier et le comptable.

L'acquisition d'un immeuble à Bruxelles est envisagée. Outre les bureaux du CPME, il pourrait accueillir aussi les secrétariats des EMO (European Medical Organisations), qui disposeraient ainsi d'une Domus Medica en région bruxelloise. Mais on peut douter que les EMO soient demandeuses ; les EMO cherchent à s'organiser sous la forme d'une « alliance », souhaitant ainsi suivre une ligne plus indépendante du CPME.

Une restructuration en profondeur a été nécessaire pour rendre plus efficace le fonctionnement du CPME. Les mêmes sujets étaient repris à l'ordre du jour de différentes commissions, entraînant ainsi des doubles emplois. Par exemple, e-health a été inscrit à l'agenda à la fois de la commission « Organisation des soins de santé » et de la commission « Ethique médicale et Déontologie ». Un groupe de travail « L'avenir du CPME » a été créé après consultation des cinq anciens présidents ayant dirigé le CPME ces dix dernières années (Markku Äärämä, Reiner Brettenhaler, Bernard Grewin et Daniel Mart). Le groupe de travail recommande, entre autres, que les 4 commissions actuelles soient remplacées par de nouveaux groupes de travail thématiques.

12

Les groupes de travail sont des forums ouverts à toute personne spécialisée dans le domaine retenu. Le groupe de travail doit être composé de délégations d'au moins cinq pays comprenant des représentants tant de petits que de grands états membres, afin d'être représentatif du CPME.

Les travaux se dérouleront sous le contrôle d'un rapporteur, lui-même supervisé par l'un des quatre vice-présidents ; le rôle de ce dernier est d'informer le Comité exécutif de l'état d'avancement des travaux. Le choix du sujet et le degré d'urgence sont fonction des avis devant être donnés à la Commission européenne ou au Parlement européen. Les groupes de travail ne sont pas des groupes permanents ; une fois leur mission remplie, ils sont dissous.

La création de groupes de travail, leur fonctionnement et leur rapport hiérarchique avec le Comité exécutif et le Conseil ont été fixés dans le règlement d'ordre intérieur. Pour cela, les articles 4 et 11 du règlement d'ordre intérieur et, entre autres, l'article 6 des statuts ont été adaptés.

Le groupe de travail « L'avenir du CPME » recommande de procéder dans trois ans à une évaluation de l'efficacité du nouveau fonctionnement du CPME.

Conclusion

En raison de la démission de trois organisations médicales membres dont deux fondatrices, la célébration du 50^{ème} anniversaire du CPME s'est déroulée en mode mineur. Cette démission semble définitive à présent que les approches de négociation sont dans une impasse totale.

Mais le CPME affirme avec espoir que la porte reste ouverte : les discussions reprendront un jour sous la houlette de nouveaux dirigeants. En attendant, le CPME n'est plus le seul porte-parole des médecins de l'Union européenne, ce dont il était particulièrement fier.

La situation est grave, car l'expertise laborieusement acquise risque de se perdre ; espérons que le CPME résiste à l'usure du temps.

L'Association Médicale Mondiale - Assemblée générale, 14 - 17 octobre 2009 (New Delhi)

Dr J.-L. Desbuquoit

L'assemblée générale annuelle de l'Association médicale mondiale, en cette année 2009 la soixantième, s'est tenue à New Delhi du 14 au 17 octobre.

Une délégation du Conseil national de l'Ordre des médecins était présente comme observateur.

L'AMM est une organisation mondiale dont la structure, les objectifs et le fonctionnement sont exposés dans un article du professeur G. De Roy, « Faire connaissance avec les associations médicales internationales », paru dans le numéro 113 (septembre 2006) du Bulletin du Conseil national.

Pour davantage d'informations, vous pouvez consulter le site de l'AMM www.wma.net

Le schéma général d'une assemblée générale est le suivant : un certain nombre de documents préparatoires (rapports, déclarations, résolutions, prises de position) sont d'abord rédigés dans le cadre du Conseil (« Council ») par trois commissions (commission « Ethique médicale », commission « Affaires médico-sociales », commission « Finances et Planning ». Ces documents sont ensuite soumis pour approbation à l'assemblée générale.

13

Les thèmes principaux cette année étaient les suivants.

A. Commission « Ethique médicale »

1. Prise de position AMM concernant la recherche sur les cellules- souches embryonnaires

- Il est vrai que dans certaines circonstances, le modèle de recherche ne peut être réalisé qu'avec des cellules-souches embryonnaires.
- Néanmoins, la recherche doit être effectuée sans cellules-souches d'origine embryonnaire dès que cela est un tant soit peu possible.
- La recherche sur des cellules-souches, quelle que soit leur origine, doit être effectuée conformément aux principes éthiques admis.
- Les principes éthiques reposeront, pour autant que possible, sur une approbation internationale.
- La régulation et la législation doivent concorder avec ces principes éthiques.
- Etant donné les diverses positions concernant l'utilisation de cellules-souches, en particulier d'origine embryonnaire, la formulation de ces principes offrira la possibilité aux diverses juridictions d'éventuellement limiter, d'une manière adaptée aux conditions locales, le niveau autorisé de recherche sur des cellules-souches.
- Toute recherche utilisant des embryons ne peut être effectuée qu'après avoir obtenu le consentement éclairé des deux donneurs du matériel génétique qui a engendré l'embryon.

2. Prise de position AMM sur les relations entre les médecins et les entreprises commerciales (sponsoring)

Une série de directives ont été formulées concernant les congrès médicaux, les cadeaux, la recherche et l'affiliation à une entité commerciale.

3. Résolution AMM défendant les droits des patients et des médecins en République Islamique d'Iran

Faisant référence à des déclarations AMM antérieures (sur les droits du patient, les actes de torture ou d'autres formes de traitements cruels, inhumains ou dégradants), l'AMM exhorte le gouvernement de la République Islamique d'Iran à respecter le Code international d'éthique médicale.

4. Résolution AMM sur la loi qui au Nicaragua criminalise l'avortement quelles que soient les circonstances

L'AMM demande au gouvernement du Nicaragua d'abroger cette loi.

5. Recours au placebo dans la recherche médicale

Il s'agit d'un thème cependant important qui n'en est pas encore au stade de groupe de travail. Une conférence spéciale sera organisée à ce sujet en février 2010 à Sao Paulo.

B. Commission « Affaires médico-sociales »

1. Résolution AMM sur le transfert des tâches (« task shifting »)

- Le terme “Transfert des tâches” est utilisé dans le secteur de la santé pour décrire une situation dans laquelle une tâche normalement assurée par un médecin est déléguée à un professionnel de santé dont le niveau de formation et d’expérience est moindre ou différent ou à une personne spécialement formée pour effectuer une tâche donnée sans posséder la formation médicale officielle.
- Toute une série de recommandations et de conditions sont formulées pour rendre possible le transfert des tâches surtout dans les pays confrontés à une pénurie de médecins et éventuellement dans ceux non confrontés à une telle pénurie.
- Quoi qu’il en soit, la qualité et la continuité des soins ne doivent jamais être compromises.
- Les normes d’assurance qualité et les protocoles thérapeutiques doivent être définis, mis en place et supervisés par des médecins.
- Le transfert des tâches ne devrait jamais être entrepris uniquement comme mesure d’économie.
- Toute législation en la matière doit respecter ces principes.

2. Prise de position AMM sur la télémédecine (« TeleHealth »)

- La télémédecine consiste à exercer la médecine à distance. Les interventions médicales, les recommandations et les décisions reposent sur des données transmises par des systèmes de télécommunication.
- La télémédecine aide à éliminer les problèmes de distance et à faciliter l’accès aux soins dans des endroits où la prestation de services n’est pas accessible ou l’est très difficilement (zones rurales très retirées, communautés urbaines en constante augmentation).
- Une série de recommandations sont formulées concernant, dans ces circonstances, l’obligation de dispensation de soins, la responsabilité, la qualité de la communication et des soins, l’évaluation du système, la confidentialité et le consentement éclairé.

3. Déclaration de l’AMM de Delhi sur la santé et les changements climatiques

- Ce document veut attirer l’attention (surtout des gouvernements) à propos de l’impact des changements climatiques sur la santé.
- La déclaration insiste pour que la santé soit placée à l’avant-plan dans le débat sur le réchauffement global, et ce spécialement en vue de la conférence imminente à Copenhague sur les changements climatiques.

4. Prise de position de l’AMM sur les inégalités en matière de santé

- Ces inégalités concernent l’accès aux soins de santé et la qualité de ceux-ci.
- Un certain nombre de recommandations sont formulées, notamment la suppression des barrières financières.
- L’accès à des soins de qualité doit être égal pour tous, quelles que soient les différences (liées aux origines ethniques, à la culture, à la situation géographique, au sexe, à l’âge et à la situation socio-économique).

Les textes de documents précités figurent in extenso sur le site internet de l’AMM : www.wma.net

En outre, les décisions suivantes ont été prises :

- Le docteur Dana HANSON (Canada) succédera au docteur Yoram BLACHAR (Israël) à la présidence de l’AMM.
 - La prochaine réunion de l’AMM se déroulera du 13 au 16 octobre 2010 à Vancouver.
- En 2011, l’assemblée générale se tiendra à Montevideo, et en 2010 à Bangkok.

Comme traditionnellement à l’occasion de l’assemblée générale, une journée a été consacrée à une session scientifique. Celle-ci avait pour thème cette année : **la tuberculose multirésistante.**

Durant la séance solennelle, un discours a été prononcé devant l’assemblée par la présidente de la République de l’Inde, madame Pratibha Devisingh Patil, et le ministre de la Santé publique et de la Famille, monsieur Shri Ghulam Nabi Azad.



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.