

# BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

## ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL  
VOL. XVII  
JUIN 2010

N° 129

### TABLE DES MATIÈRES

#### EDITORIAL

1 *Pr G. Rorive*

#### AVIS DU CONSEIL NATIONAL

3 - Propositions de modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux

- Société professionnelle entre un dentiste et un stomatologue
- Imagerie médicale - Copie des résultats
- Biologie clinique - Copie des résultats
- Santé mentale - Décret du 3 avril 2009
- Infanticide présumé - Secret professionnel
- Cumul de la fonction de médecin spécialiste en médecine aiguë et de celle de médecin généraliste
- Relation médecin-chef - Fonction de médiation
- Dispensation de soins à des mineurs - Consentement des deux parents
- Tests de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés
- Injections du DHBP à des étrangers détenus en centre fermé, non psychotiques
- Choix de la personne de confiance
- Réanimation des enfants extrêmement prématurés
- Collaboration du service médical d'un centre d'accueil géré par FEDASIL avec les services de garde de population
- Réalisation d'un traitement d'épilation par laser ou lampe flash
- Rôle du groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie
- Mention de la spécialité sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins
- Familles en séjour illégal - Convention liant le ministère de l'Intérieur aux médecins
- Médecin généraliste en formation (MGF) - Règlement d'ordre intérieur de l'asbl SUI
- Approbation du contrat entre le maître de stage et le CMG - Compétence du conseil provincial
- Invitation des patients à un check-up préventif par le médecin généraliste
- Aspects déontologiques des trajets de soins

#### ETHIQUE MEDICALE ET DEONTOLOGIE

21 Le concept eHealth et le secret professionnel sont-ils conciliables ?

*Pr M. Deneyer*

#### CHRONIQUE INTERNATIONALE

22 Conférence d'experts concernant l'utilisation du placebo dans les études cliniques (São Paulo, Brésil, 1-3 février 2010)

*Pr A. Herchuelz*

Lors des réunions des trois premiers mois de l'année, le Conseil national a rendu plus de vingt avis portant sur des sujets variés. Les relisant pour préparer cet éditorial, certains ont suscité des réflexions que je voudrais partager avec vous. Ces remarques, qui n'engagent que moi, poursuivent le double objectif de susciter la réflexion du lecteur et de montrer que, souvent, les avis du Conseil national ne se limitent pas à répondre à la question précise posée, mais permettent de dégager des principes généraux pour guider la conduite du médecin.

Mon premier étonnement est de constater le nombre de questions qui trouvent réponse dans des textes légaux. De plus en plus, l'exercice de la profession médicale, et la pratique des soins de santé en général, sont encadrés par des dispositions légales : la loi sur l'interruption volontaire de grossesse, la loi sur la protection de la vie privée, la loi concernant les droits du patient, celle sur la dépénalisation de l'euthanasie ou encore la loi concernant les soins palliatifs, pour ne citer que les plus connues. Dans un avis repris dans ce numéro du Bulletin, le Conseil analyse la proposition de modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux. Ces textes légaux ne règlent pas uniquement les aspects administratifs de la profession comme, par exemple le choix de la personne de confiance, mais également des questions qui, il y a quelques années encore, relevaient presque exclusivement du code de déontologie médicale, comme l'accès du patient aux données du dossier médical.

Le médecin qui, je le crains, n'est pas un lecteur assidu du Moniteur belge ne peut ignorer cette évolution. On lui recommandera la lecture attentive de ces avis qui, à l'occasion d'une question précise concernant des situations auxquelles le médecin est fréquemment confronté, discutent de l'application pratique de ces dispositions légales. Relevons, parmi les avis publiés dans ce numéro, la question du consentement des deux parents lors de la dispensation de soins, tout particulièrement de soins irréversibles et non urgents à des mineurs. Le fait que cette question ait fait l'objet de plusieurs avis depuis la publication de la loi du 13 avril 1995, relative à l'exercice conjoint de l'autorité parentale, illustre que son application pose difficulté, en particulier lorsqu'existe entre les deux parents une relation conflictuelle dont l'enfant est l'otage, sinon la victime. Le médecin, de son côté, dans son souci de protéger l'enfant, est souvent instrumentalisé par les acteurs du conflit.

Un second aspect qui paraît poser difficulté aux médecins est celui de la collaboration avec la Justice. L'avis rendu le 8 février suite à la demande d'un juge d'instruction (avis a.129008) reprend les principaux arguments sur lesquels le médecin peut baser son attitude. Malgré cet arsenal de textes, c'est cependant, en âme et conscience, le médecin qui jugera de la suite à réserver à la sollicitation du juge, témoigner ou invoquer l'obligation de secret. Sans nécessairement aller jusqu'à couvrir de son silence un délit grave, infanticide dans l'exemple précis, le médecin prendra avant tout en considération l'intérêt du patient, intérêt compris dans le sens de la qualité de la relation de soins. Il ne peut cependant ignorer totalement les attentes de la société. Le médecin praticien n'est qu'exceptionnellement confronté à ce type de situations. Solliciter l'avis et l'expérience du président du Conseil provincial avant de prendre position paraît être une démarche utile.

Le dernier point sur lequel il me paraît opportun d'attirer l'attention du lecteur est celui qui fait l'objet de l'avis a.129033. La question - un médecin généraliste peut-il écrire à un patient pour lui rappeler qu'il doit passer un examen de contrôle périodique - est, à première vue, simple. Elle soulève cependant un point fondamental à savoir : dans quelle mesure un médecin peut-il se considérer comme le médecin traitant d'un patient, et comment peut-il apporter la preuve de cette relation? Certes, des études plusieurs fois répétées ont montré la fidélité de la grande majorité des patients envers le médecin généraliste. La relation avec le médecin spécialiste a été moins analysée. Néanmoins, le principe de libre choix du praticien par le patient est et reste un principe fondamental dans notre système de soins de santé. Ce principe est repris dans la loi relative aux droits du patient (article 6, loi du 22 août 2002, MB 26.09.2002) et dans les articles 27 à 31 du code de déontologie médicale. Rien cependant n'empêche un patient de changer de médecin sans avertir ni se justifier. Le code de déontologie en son article 19 prévoit :

« Un médecin appelé auprès d'un malade soigné par un de ses confrères doit respecter les règles suivantes :

a) si le malade renonce aux soins du premier médecin, s'assurer de cette volonté expresse et veiller à ce que le confrère soit prévenu ; (...)

Dans l'idéal, c'est au patient qu'il incombe d'accomplir cette démarche qui peut se révéler difficile si la rupture de confiance survient dans une ambiance conflictuelle. L'expérience des conseils provinciaux est que, de manière très habituelle, l'information ne circule pas et cela donne lieu à des difficultés relationnelles entre médecins.

Cette question de l'existence d'une relation de soins entre un médecin et un patient est d'importance pratique considérable. Elle sous-tend l'accès et le partage des données du dossier médical papier ou informatique. Qui, parmi les différents praticiens participant aux soins d'un même patient, a accès, dans quelle mesure et pendant combien de temps, au dossier médical?

C'est également cette relation de soins qui justifie l'échange de données médicales couvertes par le secret professionnel via la plate forme e-Health. Dans un avis du 18 septembre 2009 concernant « la note relative à la relation thérapeutique » établie par le groupe de travail G19 de la plate forme e-Health, la Commission fédérale « Droits du patient » souligne combien il est difficile d'établir avec certitude cette notion de relation thérapeutique. J'en citerai ici deux passages qui me paraissent importants.

« Ce n'est pas parce qu'un patient consulte le praticien d'un hôpital ou qu'il s'y fait inscrire de quelque manière que ce soit, qu'il se trouve d'office dès l'inscription, en relation thérapeutique avec les autres praticiens de l'hôpital susceptibles de le soigner. La relation thérapeutique est, d'ailleurs, en principe personnelle (contrat intuitu personae) et il est néces-

*saire qu'il y ait un accord entre les deux parties pour que le contrat se conclue ».*

*«La Commission fédérale Droits des patients rappelle qu'un praticien ne peut avoir accès aux données de santé d'un patient que s'il se trouve effectivement en relation thérapeutique avec lui et que cet accès ne peut concerner que les éléments indispensables à l'intervention du praticien».*

Comme le Conseil national, la Commission fédérale « Droits du patient » considère qu'en ce qui concerne le médecin généraliste, le dossier médical global ( DMG) peut constituer un INDICE d'une relation thérapeutique. C'est sur cet argument que le Conseil national est d'avis que le détenteur du DMG peut inviter le patient à se faire vacciner contre la grippe, le sensibiliser ou le motiver au dépistage préventif du cancer du sein ou, dans le récent avis, lui rappeler le check up préventif. Cet indice d'une relation de soins stable fournie par le DMG se retrouve renforcé dans les récents trajets de soins concernant les patients souffrant de diabète de Type II ou d'insuffisance rénale chronique de stade III. Dans cette procédure, il existe en effet un contrat écrit de collaboration entre le patient, le médecin généraliste et le médecin spécialiste. C'est un aspect nouveau de la relation de soins.

*Pr Georges RORIVE,  
Rédacteur en chef*

## REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 16 JANVIER, 6 FÉVRIER, 20 FÉVRIER, 6 MARS ET 27 MARS 2010

- Propositions de modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (16/01/2010)
- Société professionnelle entre un dentiste et un stomatologue (16/01/2010)
- Imagerie médicale - Copie des résultats (16/01/2010)
- Biologie clinique - Copie des résultats (16/01/2010)
- Santé mentale - Décret du 3 avril 2009 (16/01/2010)
- Infanticide présumé – Secret professionnel (06/02/2010)
- Cumul de la fonction de médecin spécialiste en médecine aiguë et de celle de médecin généraliste (06/02/2010)
- Relation médecin-chef - Fonction de médiation (06/02/2010)
- Dispensation de soins à des mineurs – Consentement des deux parents (06/02/2010)
- Tests de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés (20/02/2010)
- Injections du DHBP à des étrangers détenus en centre fermé, non psychotiques (20/02/2010)
- Choix de la personne de confiance (20/02/2010)
- Réanimation des enfants extrêmement prématurés (20/02/2010)
- Collaboration du service médical d'un centre d'accueil géré par FEDASIL avec les services de garde de population (06/03/2010)
- Réalisation d'un traitement d'épilation par laser ou lampe flash (06/03/2010)
- Rôle du groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie (06/03/2010)
- Mention de la spécialité sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins (06/03/2010)
- Familles en séjour illégal – Convention liant le ministère de l'Intérieur aux médecins (27/03/2010)
- Médecin généraliste en formation (MGF) - Règlement d'ordre intérieur de l'asbl SUI (27/03/2010)
- Approbation du contrat entre le maître de stage et le CMG – Compétence du conseil provincial (27/03/2010)
- Invitation des patients à un check-up préventif par le médecin généraliste (27/03/2010)
- Aspects déontologiques des trajets de soins (27/03/2010)

3

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

### **Propositions de modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux** (16/01/2010)

MOTS-CLES :  
Psychiatrie  
REFERENCE :  
a129001f

Un conseil provincial sollicite l'avis du Conseil national concernant le document de réflexion émis par la Plate Forme de concertation Santé mentale en Région Bruxelles Capitale à propos de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

## **AVIS DU CONSEIL NATIONAL :**

En sa séance du 16 janvier 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 28 mai 2009.

Un groupe de travail de l'asbl Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale a élaboré des propositions de modification de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (loi sur l'admission forcée remplaçant celle sur la collocation). Le groupe de travail s'est réuni 24 fois entre 2004 et 2006, sous la présidence d'Oscar Vandemeulebrouke, avocat général émérite de la Cour d'appel de Bruxelles, qui a publié un article circonstancié à ce propos dans le Journal des juges de paix (1).

Vous lui avez soumis les propositions du groupe de travail pour avis.

L'avis du Conseil national se limite aux implications déontologiques et aux axes principaux des propositions de modification de la loi du 26 juin 1990.

Le Conseil national souscrit à la position de départ du groupe de travail suivant laquelle les principes de base de cette loi sont bons et ne sont pas remis en cause. Les modifications proposées résultent d'une expérience de vingt années de l'application de la loi à Bruxelles et de l'évolution des soins de santé mentale.

**1/** En vertu de l'article 2, des mesures de protection ne peuvent être prises à l'égard d'un malade mental que s'il met gravement en péril sa santé et sa sécurité ou s'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. Le groupe de travail propose d'élargir le critère de dangerosité à une menace pour les biens et de ne plus le limiter à la protection de l'intégrité physique des personnes (du malade ou des tiers). Le Conseil national se demande si cette nouvelle possibilité d'élargissement de l'application de l'admission forcée est proportionnelle à la privation de liberté que représente l'admission forcée. Des atteintes graves aux biens (l'incendie par exemple) mettent généralement la vie de personnes en danger et peuvent déjà être retenues sur la base de l'article 2 existant. Le Conseil national craint que cet élargissement de l'application de la loi aux menaces pour les biens suscite plus de problèmes qu'il n'en résolve.

**2/** Le groupe de travail conseille une description plus précise du contenu du « rapport médical circonstancié » prévu par la loi. Il faut tenir compte à cet égard de l'urgence et des circonstances de l'examen médical. Le Conseil national ne peut se déclarer d'accord avec l'ajout obligatoire de données familiales. Leur défaut ne peut en aucun cas être une cause de nullité de la procédure.

**3/** L'article 5, § 2, subit une modification fondamentale par l'acceptation que le rapport médical circonstancié puisse être rédigé par un médecin attaché au service psychiatrique où le patient se trouve. Le Conseil national estime devoir émettre un avis négatif concernant cette proposition. Le médecin qui remplit les documents médicaux en vue de la mise en œuvre de la procédure d'admission forcée ne peut devenir le médecin traitant du patient à partir du moment où celui-ci est en admission forcée ni être attaché au service qui traitera ce patient. Dans son avis du 18 août 2001 (2), le Conseil national constate que les juges de paix font des interprétations divergentes de la portée de « ... attaché à un titre quelconque au service [...] où le malade se trouve... ». Une modification législative devrait préciser ce point.

**4/** La proposition de faire assister le patient par un médecin qui ne doit pas nécessairement être psychiatre (articles 7 et 3) peut être acceptée étant donné que les documents médicaux nécessaires à la mise en œuvre de la procédure ne requièrent pas non plus l'intervention d'un psychiatre.

**5/** En cas d'urgence (article 9), le procureur peut faire admettre le patient dans un service psychiatrique après l'« avis » écrit (et non pas un rapport médical circonstancié) d'un médecin désigné par lui. Le groupe de travail propose de rendre le rapport médical circonstancié obligatoire dans tous les cas de procédure urgente, et pour que cela soit possible, le procureur du Roi peut exiger que le malade soit admis dans un service d'urgence qu'il désigne pour une observation médicale de maximum 24 heures. Le rapport médical circonstancié rédigé pendant cette période d'admission est un des éléments qui permettront au procureur du Roi de prendre une décision de mise en observation mieux motivée. Il peut différer sa décision de 24 heures pour que le patient subisse un examen approfondi avant de décider d'une admission forcée. Dans la lettre d'accompagnement, le président de la plate-forme bruxelloise écrit que pratiquement 50% des demandes d'admission forcée reçoivent un avis négatif. La proposition peut contribuer à une meilleure application de la loi, et doit être mise à l'épreuve des circonstances locales.

**6/** Le groupe de travail propose, à juste titre, de remplacer le titre du chapitre III de la loi, « Des soins en milieu familial » par « Des soins en milieu de vie approprié ». Ne prendre en considération que la famille comme possibilité de soins est trop limitatif et il est souhaitable que d'autres milieux puissent être pris en compte comme des homes, des maisons de repos ou d'autres possibilités d'hébergement dans la société.

**7/** Le groupe de travail propose d'importantes modifications de l'article 23, qui prévoit la possibilité d'un placement forcé dans un milieu approprié au lieu d'une mise en observation dans un service psychiatrique. Le traitement de patients psychiatriques dans la société est de plus en plus préféré à un traitement résidentiel dans des hôpitaux psychiatriques. Il est souhaitable que les possibilités d'un séjour forcé à l'extérieur d'un service hospitalier fassent l'objet d'une réglementation légale appropriée. L'actuelle proposition en est une ébauche.

Autres commentaires concernant ces propositions de modification législative :

Après 20 ans d'application de la loi, il apparaît clairement que la procédure urgente est la règle et que la procédure ordinaire est une exception. Lors de la révision de la loi, l'accent devrait glisser vers cette procédure urgente.

Il conviendrait de prévoir également un enregistrement de l'application de la loi sur le terrain afin de permettre ultérieurement

(1) O. Vandemeulebrouke, op. cit., pp. 379-392.

(2) Rapport médical circonstancié en vue de la protection de la personne des malades mentaux, 18 août 2001, BCN 94, p. 3.

de procéder à une évaluation et d'apporter des correctifs.

Cette proposition a été élaborée sur la base de l'expérience à Bruxelles. Il convient de vérifier si elle correspond à l'expérience notée ailleurs.

Pour le surplus, le Conseil national souscrit aux remarques formulées dans la lettre du président de la Plate-forme de concertation pour la santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale concernant la taxation insuffisante des activités médicales liées à cette procédure.

## **Société professionnelle entre un dentiste et un stomatologue** (16/01/2010)

MOTS-CLES :  
*Dentisterie – Sociétés professionnelles*

REFERENCE :  
*a129002f*

*Un juriste du Vlaams Artsensyndicaat demande si la création d'une pratique de groupe extra muros réunissant un dentiste et un stomatologue est autorisée par l'Ordre des Médecins.*

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

En sa séance du 16 janvier 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 14 août 2009 concernant une lettre de madame I. Dreezen, juriste au Vlaams Artsensyndicaat, demandant un avis concernant la création d'une pratique de groupe réunissant des dentistes et un stomatologue.

Le Conseil national estime que ses avis des 12 décembre 1987 et 18 juin 1994 où il indiquait qu'une association professionnelle sous la forme d'une société professionnelle entre un dentiste et un stomatologue n'est pas acceptable, restent d'application.

Annexes : avis des 12 décembre 1987 et 18 juin 1994

## **Imagerie médicale - Copie des résultats** (16/01/2010)

MOTS-CLES :  
*Dossier médical – Radiographie*

REFERENCE :  
*a129003f*

*Le 21 février 2009, le Conseil national a émis un avis concernant la demande faite par un patient au biologiste clinique de recevoir copie du résultat de ses analyses biologiques (Bulletin du Conseil national n°125, a12508). Un conseil provincial souhaite savoir si cet avis s'applique aussi à l'imagerie médicale.*

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

En sa séance du 16 janvier 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 25 mars 2009 demandant si l'avis du Conseil national du 21 février 2009 « Biologie clinique - Copie des résultats » s'applique aussi à l'imagerie médicale.

Le Conseil national estime que cet avis s'applique bien à l'imagerie médicale et que, sur le plan déontologique, le même raisonnement doit être suivi et la même position être adoptée dans les deux cas.

## **Biologie clinique - Copie des résultats** (16/01/2010)

MOTS-CLES :  
*Biologie clinique - Dossier médical*

REFERENCE :  
*a129004f*

*Plusieurs réactions émanant de Médecins biologistes amène le Conseil national à préciser son avis du 21 février 2009, concernant la remise d'une copie des résultats de biologie clinique directement au patient qui le demande.*

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

En sa séance du 16 janvier 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 18 mai 2009.

Dans son avis « Biologie clinique - Copie des résultats », rendu le 21 février 2009, le Conseil national juge opportun, pour les raisons qu'il y développe, que la copie du résultat des examens biologiques soit délivrée au patient par l'intermédiaire du médecin prescripteur.



Ce faisant, le Conseil national ne met aucunement en doute le droit du patient à recevoir copie de ses résultats, ni ne porte un jugement à l'égard du médecin biologiste clinicien.

Si le médecin biologiste clinicien estime que les réserves émises par le Conseil national dans son avis ne sont pas de mise dans les circonstances de l'espèce, il lui revient de donner suite lui-même à la demande de copie.

## **Santé mentale - Décret du 3 avril 2009** **(16/01/2010)**

**MOTS-CLES :**

*Psychiatrie – Santé mentale*

**REFERENCE :**

*a129005f*

*Le Conseil national transmet au ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances du Gouvernement wallon ses remarques concernant le décret de la Région wallonne du 3 avril 2009 relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions.*

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

En sa séance du 16 janvier 2010, le Conseil national a examiné le décret du 3 avril 2009 relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions (Moniteur belge du 30 avril 2009, p. 34551).

Il formule les observations suivantes.

1- Le Conseil national s'interroge quant à l'étendue du contrôle du Gouvernement sur la démarche thérapeutique, tel qu'il ressort de l'article 4 du décret. Il souhaite connaître si et dans quelle mesure les choix thérapeutiques du médecin en seront affectés.

2- Le décret aurait dû prévoir que la direction thérapeutique et l'équipe peuvent s'opposer au contenu du projet thérapeutique pour des motifs éthiques et déontologiques, afin que la liberté thérapeutique rappelée à l'article 22, puisse véritablement s'exercer.

3- L'article 23, § 3, inverse les responsabilités des directeurs thérapeutique et administratif en ce qu'il prévoit qu'en collaboration avec la direction thérapeutique, le directeur administratif veille à la continuité et à la qualité des soins.

Le directeur thérapeutique doit être conforté dans ses responsabilités médicales ; il doit se voir attribuer la responsabilité de la bonne organisation et de la mise en place du projet de service de santé mentale et la responsabilité de la continuité et de la qualité des soins, tâches dans lesquelles il sera assisté du directeur administratif qui veillera à la coordination administrative et technique et à l'application du règlement du travail.

4- L'article 32 fixe la durée de conservation des dossiers individuels au minimum à dix ans après leur clôture, sans préjudice d'autres dispositions légales.

Le dossier médical hospitalier doit être conservé pendant trente ans (art. 1er, § 3, de 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). L'article 46 du code de déontologie médicale fixe le même délai de trente ans pour la conservation du dossier médical.

Le Conseil national estime inapproprié le délai de conservation de dix ans du dossier du service de santé mentale, à tout le moins en ce qui concerne son volet médical.

Par ailleurs, si comme le prévoit cet article, la responsabilité de la conservation du dossier peut incomber au directeur administratif, il doit apparaître clairement qu'il n'a pas accès au contenu médical du dossier.

5- La participation de droit du directeur thérapeutique au conseil d'avis aurait dû être prévue, comme il est prévu (art. 40) que le directeur administratif est convié aux assemblées du conseil d'avis, s'il n'est pas désigné comme représentant du pouvoir organisateur.

6- Le texte ne prévoit rien concernant le respect du secret médical dans le cadre du contrôle a posteriori (art. 75). Des garanties devraient être prévues à cette fin.

7- Le décret ne précise pas les services désignés par le Gouvernement pour juger de l'évaluation qualitative (art. 75), ni ne fixe la composition des centres de référence. Le décret (art. 24) attribuant exclusivement la direction thérapeutique du service de santé mentale à un médecin dudit service, le Conseil national considère que l'évaluation qualitative de son activité doit également être le fait d'un médecin.

8- Enfin, le Conseil national considère que la création d'un Conseil médical dans le cadre des services de santé mentale serait utile.

Le Conseil national estime que des améliorations substantielles pourraient être apportées au décret. Il apprécierait également qu'il soit tenu compte des observations qui précèdent lors de la rédaction des arrêtés d'application. Il se tient à votre disposition pour tout échange de vues que vous jugeriez utile à cet égard.

## **Infanticide présumé – Secret professionnel** (06/02/2010)

MOTS-CLES :  
Secret professionnel - Témoignage en justice  
REFERENCE :  
a129008f

*Dans le cadre d'une instruction engagée par un juge d'instruction à la suite de la découverte du corps sans vie d'un nouveau-né, jusqu'à présent non identifié, le juge d'instruction se propose d'adresser à un certain nombre de médecins une lettre avec demande de lui communiquer tout élément utile à l'instruction, notamment l'identité de la mère. Il consulte à cet effet le Conseil national de l'Ordre des médecins.*

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

En sa séance du 6 février 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 23 novembre 2009 relative à une enquête au sein du corps médical.

Le Conseil national se réfère à l'article 458 du Code pénal et aux articles 55 à 58, dont copie ci-jointe, du Code de déontologie médicale ainsi qu'à l'article 63 de ce code disposant que *le médecin cité devant les autorités judiciaires pour témoigner sur des faits couverts par le secret professionnel, peut refuser de le faire en invoquant ledit secret.*

Dans un arrêt du 12 avril 1976 (Pas. 1976, I, p. 900), la Cour de cassation a considéré que la personne invitée **par un juge d'instruction** à lui faire une déclaration verbale **ou écrite** est au sens de l'article 458 du Code pénal appelée à rendre témoignage en justice.

Vous trouverez ci-jointe également une note du professeur H. Nys, rédigée lorsqu'il était membre du Service d'études du Conseil national, sur **Le témoignage en justice et le secret médical** (BCN n° 36, p. 53)

Il n'appartient pas au Conseil national d'intervenir dans les investigations que vous jugerez utiles pour l'instruction en question.

Tenant compte des prescriptions légales et déontologiques, de la jurisprudence et de la doctrine, le médecin interpellé jugera en âme et conscience de la suite à donner à l'invitation : témoigner ou invoquer son obligation au silence.

Le Conseil national vous prie de bien vouloir joindre une copie de la présente lettre aux lettres adressées à des médecins dans ladite intention.

## **Cumul de la fonction de médecin spécialiste en médecine aiguë et de celle de médecin généraliste** (06/02/2010)

MOTS-CLES :  
Médecin généraliste – Urgences  
REFERENCE :  
a129011f

*Un Conseil provincial demande au Conseil national si un médecin perd son agrément comme médecin généraliste dès lors qu'il obtient un agrément comme médecin spécialiste en médecine aiguë.*

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

En sa séance du 6 février 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 4 mai 2009 concernant l'article 7, § 2, de l'arrêté ministériel du 14 février 2005 fixant les critères spéciaux d'agrément des médecins spécialistes porteurs du titre professionnel particulier en médecine d'urgence, des médecins spécialistes en médecine d'urgence et des médecins spécialistes en médecine aiguë, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage dans ces disciplines.

En vertu de l'article 4, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté ministériel du 30 avril 1999 fixant les critères généraux d'agrément des médecins spécialistes, des maîtres de stage et des services de stage, le médecin spécialiste agréé est tenu de pratiquer exclusivement sa spécialité.

Le Conseil national estime qu'un médecin spécialiste en médecine aiguë ne peut combiner cette fonction avec celle de médecin généraliste.



## **Relation médecin-chef - Fonction de médiation** (06/02/2010)

MOTS-CLES :  
Fonction de médiation – Hôpitaux - Médecin-chef  
REFERENCE :  
a129012f

*Le Conseil national a poursuivi l'analyse des aspects déontologiques de la fonction de médecin-chef :*

La loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, et 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 (1), définissent le rôle et les missions du médecin-chef.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient et l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre précisent la place du médiateur.

Le médecin-chef est chargé de la direction organisationnelle du département médical.

Le médiateur est, entre autres, chargé de la prévention des plaintes et de leur médiation le cas échéant (voir art. 11, §§ 1 et 2).

La loi (2) n'a pas attribué une fonction de médiation au médecin-chef en cas de plainte d'un patient. Au contraire, elle prévoit l'incompatibilité des fonctions de médiateur et de médecin-chef, et met l'accent sur la nette séparation du rôle et des missions des deux acteurs.

La loi (3) requiert la neutralité, l'impartialité et l'indépendance du médiateur dans l'exercice de sa fonction.

Bien que le médecin-chef remplisse une fonction d'intermédiaire entre l'administration de l'hôpital et le staff médical, il reste « partie » à l'égard du patient en raison du mandat qui lui est confié par le gestionnaire.

Tant le médecin-chef que le médiateur doivent respecter le secret professionnel.

Le Conseil national estime dès lors que le médecin-chef ne peut ni exiger ni accepter que le médiateur l'informe systématiquement des plaintes.

L'incompatibilité des deux fonctions n'implique cependant pas l'exclusion d'une concertation entre le médecin-chef et le médiateur.

Ainsi, le médiateur peut consulter le médecin-chef afin d'obtenir les informations dont il a besoin pour traiter une plainte ou des informations générales sur le fonctionnement du département médical.

En cas de manquements répétés d'un médecin hospitalier ou de négligences structurelles qui mettent ou risquent de mettre gravement en péril la dispensation des soins et son organisation, le médiateur peut, conformément à l'article 11, § 2, 5°, de la loi (4), informer le médecin-chef.

Le médiateur transmet au médecin-chef son rapport annuel (5), qui comprend les recommandations nécessaires.

En outre, confronté à des faits graves susceptibles de mettre en péril les patients ou le bon fonctionnement de l'institution, le médiateur peut invoquer l'état de nécessité pour informer le médecin-chef.

Il n'est pas exclu que le patient s'adresse lui-même au médecin-chef au sujet de sa plainte. Le médecin-chef peut, en effet, être directement contacté par le patient, ou ce dernier, s'étant adressé au médiateur pour demander également l'intervention du médecin-chef, aura été informé par le médiateur que c'est au patient lui-même qu'il appartient de contacter le médecin-chef.

Le Conseil national est d'avis que, dans ces circonstances, le médecin-chef peut envisager de :  
soit, compte tenu de la gravité de la plainte et de ses responsabilités organisationnelles, traiter l'affaire,  
- soit renvoyer le patient au médiateur.

Si une médiation n'apporte pas de solution, le médiateur informe le patient des autres possibilités de recours dont il dispose (6).

(1) Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

(2) Article 3 de l'arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre.

(3) Article 3 de l'arrêté royal du 8 juillet 2003.

(4) Article 11, § 2, 5°, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

(5) Article 9 de l'arrêté royal du 8 juillet 2003.

(6) Article 11, § 2, 3°, de la loi du 22 août 2002 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre.

## **Dispensation de soins à des mineurs – Consentement des deux parents** (06/02/2010)

MOTS-CLES :  
Consent (Fully Informed-) – Droits du patient – Mineurs  
REFERENCE :  
a129013f

*Confronté à l'augmentation des plaintes de parents séparés, à l'insu desquels des actes médicaux irréversibles et non urgents ont été posés à l'égard de leur enfant, un conseil provincial demande s'il ne faudrait pas recommander aux Médecins la plus grande prudence dans ce genre de situations.*

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

En sa séance du 6 février 2010, le Conseil national a examiné votre courrier du 7 juillet 2009 concernant la problématique du consentement des deux parents d'un enfant mineur à la dispensation de soins irréversibles et non urgents à ce dernier.

1. L'exercice de l'autorité parentale dans les soins de santé apportés à un enfant a déjà donné lieu à plusieurs avis du Conseil national dont vous trouverez copie en annexe.

- Avis du 21 mars 2009, Parents non-cohabitants – choix du médecin (BCN n° 125, p. 9) ;
- Avis du 19 janvier 2008, Droit d'information sur l'état de santé d'un enfant pour le parent qui n'exerce pas l'autorité parentale (BCN n° 119, p. 7) ;
- Avis du 18 octobre 1997, Le médecin et les enfants de parents non-cohabitants (BCN n° 79, p. 25) ;
- Avis du 16 novembre 1996, Le médecin et les enfants de parents non-cohabitants au regard des modifications de la législation en la matière (BCN n° 76, p. 20).

2. Les deux parents - qu'ils vivent ensemble ou non - exercent conjointement l'autorité parentale vis-à-vis de leur enfant, à moins qu'une décision judiciaire n'ait confié à l'un d'eux l'exercice de cette autorité en tout ou en partie (articles 373 et 374 du Code civil).

A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des père et mère est réputé agir avec l'accord de l'autre quand il accomplit seul un acte de cette autorité sous réserve des exceptions prévues par la loi (article 373, alinéa 2, du Code civil).

Complémentaire aux avis précités, le Conseil national recommande, dans l'hypothèse de soins irréversibles et non urgents apportés à un enfant, que le médecin consulté par un seul des parents, bien qu'il puisse se prévaloir de la présomption visée à l'article 373, al. 2, du Code civil, fasse preuve de prudence et tente de s'assurer du consentement des deux parents.

Dans le cas où le médecin a connaissance d'un désaccord entre les parents, le Conseil national renvoie à son avis du 16 novembre 1996, en son point 2, a.

Si le mineur n'est pas apte à apprécier raisonnablement ses intérêts, le médecin s'efforce d'obtenir l'assentiment des deux parents, éventuellement en recourant à l'avis d'un confrère ou par le biais d'une concertation multidisciplinaire.

Si le désaccord persiste, chacun des parents peut soumettre le litige au juge de la jeunesse.

Tous les éléments relatifs à la décision prise doivent figurer dans le dossier médical.

3. En cas d'urgence, l'intérêt de l'enfant l'emporte sur le désaccord entre les parents.

Conformément à l'article 15, § 2, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé, le médecin peut, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, déroger à la décision prise par les parents.

4. Si le mineur est apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (suivant son âge et sa maturité), il peut décider lui-même d'accepter ou non les soins proposés (article 12 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient).

## **Tests de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés** (20/02/2010)

MOTS-CLES :  
Consentement éclairé – Expertise – Mineurs d'âge - Radiographie  
REFERENCE :  
a129015f

*Un conseil provincial interroge le Conseil national sur le test médical retenu par le Service des Tutelles, rattaché au Service public fédéral Justice, pour déterminer l'âge des mineurs étrangers non accompagnés.*

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

Concerne : votre courrier du 19 décembre 2008 relatif aux tests de détermination d'âge des mineurs étrangers non accompagnés.

En sa séance du 20 février 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a analysé les questions posées par le profes-

seur X concernant le test de détermination d'âge pratiqué sur des mineurs étrangers non accompagnés.

Un test de détermination d'âge peut être fait dans des circonstances et à des fins différentes. En l'espèce, le contexte dans lequel s'inscrit la question du professeur X est le suivant.

La Belgique a mis en place un régime spécifique de représentation légale et d'assistance des mineurs étrangers non accompagnés (M.E.N.A.), la Tutelle (loi-programme du 24 décembre 2002 (I) (art. 479) - Titre XIII - Chapitre VI : Tutelle des mineurs étrangers non accompagnés).

Le tuteur accompagne et représente le mineur durant son séjour en Belgique, dans ses démarches administratives (son statut de séjour, sa procédure d'asile), son accueil, son hébergement, sa scolarité, son droit à l'aide sociale d'un CPAS, aux allocations familiales,... Sa mission est de soutenir le mineur dans toutes ses démarches et de l'aider à formuler un projet d'avenir. Le mineur n'est plus seul et peut ainsi affronter, avec une personne de confiance, les différents obstacles administratifs (souvent difficiles et inadaptés à son âge et à son vécu) et de la vie quotidienne qu'il va rencontrer.

Cette loi s'inscrit dans le cadre de la Résolution du Conseil de l'Union européenne du 26 juin 1997 concernant les mineurs non accompagnés ressortissants de pays tiers, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, notamment en ses articles 2 et 3, relatifs à la non-discrimination et à l'intérêt supérieur de l'enfant.

En matière de séjour, à côté de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, la circulaire ministérielle du 15 septembre 2005 relative au séjour des mineurs étrangers non accompagnés organise une procédure spécifique au M.E.N.A. visant à trouver une solution durable à tout M.E.N.A. se trouvant sur le territoire et veillant à ce que cette solution soit conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant et au respect de ses droits fondamentaux.

Le M.E.N.A. est toute personne qui paraît être âgée ou qui déclare être âgée de moins de 18 ans, et qui :  
n'est pas accompagnée par une personne exerçant l'autorité parentale ou la tutelle en vertu de la loi applicable conformément à l'article 35 de la loi du 16 juillet 2004 portant le Code de droit international privé;  
est ressortissante d'un pays non membre de l'Espace Economique Européen (E.E.E.) ;  
et qui se trouve dans une des situations suivantes :  
soit, a demandé la reconnaissance de la qualité de réfugié;  
soit, ne satisfait pas aux conditions d'accès au territoire et de séjour déterminées par la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers (articles 1 et 5 de la loi-programme du 24 décembre 2002).

Le statut de M.E.N.A. dépend de la réalisation de ces conditions, dont la condition de minorité. La minorité peut être prouvée par toute voie mais en cas de doute, la loi prévoit le recours à un test médical, dans le but d'obtenir une preuve objective.

Le test médical qui a été retenu par le Service de tutelle, et qui est le même que celui pratiqué dans d'autres circonstances par le parquet, est communément appelé le triple test. Il consiste en la réalisation de trois radiographies: orthopantomogramme (image de la dentition), radiographie du poignet et radiographie de la clavicule.

La réalisation des trois examens pose la question éthique de l'utilisation de rayons X à des fins non médicales et plus précisément, à des fins médico-légales. Il pose également la question de l'utilisation de paramètres scientifiques à des fins juridiques.

Le Conseil national émet les considérations suivantes à ce propos.

Les rayons X constituent un rayonnement ionisant qui peut comporter un risque pour la santé. Dans le cas présent, ce risque est minime si les règles de bonne pratique sont respectées.

Une irradiation ne peut être pratiquée qu'avec prudence, surtout lorsque le sujet est jeune. Elle doit être la plus faible et la plus brève possible et être conforme aux directives de radioprotection. Elle ne doit pas être répétée inutilement.

L'interprétation d'une radiographie n'est pas une méthode infaillible pour déterminer l'âge d'une personne.

Cette interprétation requiert une expertise spécifique.

La technique de la détermination de l'âge osseux permet uniquement de déterminer l'âge du squelette ; la concordance avec l'âge civil du sujet est une appréciation diagnostique.

Différents facteurs (ethnique, génétique, endocrinien, socio-économique, nutritionnel, médical...) peuvent influencer la croissance d'un individu.

Les tables de maturation osseuse servant de références sont établies sur base d'une population déterminée, les plus utilisées reposent sur des populations blanches occidentales. Pour que la référence soit pertinente, le sujet auquel elles sont appliquées doit appartenir à la même population.

Les critères dentaires dépendent notamment des origines ethniques, du niveau socio-économique et nutritionnel de l'individu.

En outre, une difficulté réside dans la reproductibilité de l'interprétation des examens entre les différents experts.

L'estimation contient toujours un facteur d'imprécision, et ne peut dès lors aboutir qu'à fournir un intervalle de fiabilité. Le doute doit toujours profiter à la personne qui se déclare mineure.

L'exposition aux rayons ionisants n'est justifiée éthiquement que si elle offre plus d'avantages que d'inconvénients.

Le Service de tutelle doit mettre en balance l'intérêt de la détermination approximative de l'âge avec le risque, même très

faible, que sa réalisation nuise à la santé de l'individu.

Le Conseil national considère, pour les raisons exprimées ci-avant, que les autres indices permettant de déterminer l'âge de l'individu ne doivent pas être négligés.

En tout état de cause, le test ne peut être réalisé sans le consentement de la personne, qui doit avoir reçu les informations nécessaires concernant la finalité du test, ses contre-indications et les risques inhérents.

Cette information doit être donnée dans un langage clair et compréhensible, le cas échéant par l'intermédiaire d'un interprète.

Le consentement doit être donné expressément.

L'assistance d'un tuteur ou d'une personne de référence est importante à ce stade de la procédure pour la personne concernée, bien que la loi-programme du 24 décembre 2002 prévoit que la désignation du tuteur intervient lorsque le statut de M.E.N.A. de la personne est établi, sauf extrême urgence.

L'examineur doit disposer du temps nécessaire et des conditions propices à la réalisation d'un test de qualité.

L'examen doit être réalisé dans le respect de l'individu.

Enfin, le Conseil national ne voit pas d'objection à ce que le résultat du test, c'est-à-dire l'estimation de l'âge de l'individu, soit transmis directement à l'autorité publique, tout autre élément révélé lors du test étant couvert par le secret professionnel.

cc. CP Brabant (F)

## ***Injections du DHBP à des étrangers détenus en centre fermé, non psychotiques*** ***(20/02/2010)***

MOTS-CLES :

*Consent (Fully Informed) – Détenus – Etrangers - Psychiatrie*

REFERENCE :

*a129016f*

*Le directeur d'une ONG qui s'occupe de réfugiés et de migrants forcés interroge le Conseil national sur la pratique visant à injecter du dehydrobenzopéridol ou DHBP à des étrangers détenus en centre fermé, sans leur consentement, dans le but de les maîtriser lorsqu'ils manifestent de l'agressivité.*

*Il souhaite connaître les conditions nécessaires pour que cette pratique demeure conforme sur le plan déontologique.*

*Pratiquement, il s'inquiète de la présence ou non du médecin lors de l'injection. Il s'interroge sur l'opportunité de pratiquer des injections à des patients qui ne seraient pas des malades psychiatriques en conformité avec la loi sur les droits du patient.*

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

En sa séance du 20 février 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier concernant la pratique visant à injecter du DHBP à des étrangers détenus en centre fermé, non psychotiques, sans leur consentement, dans le but de les maîtriser lorsqu'ils manifestent de l'agressivité.

L'arrêté royal du 2 août 2002 fixe le régime et les règles de fonctionnement applicables aux lieux situés sur le territoire belge, gérés par l'Office des étrangers, où un étranger est détenu, mis à la disposition du Gouvernement ou maintenu, en application des dispositions citées dans l'article 74/8, § 1<sup>er</sup>, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

1. Le chapitre II du Titre III de cet arrêté royal définit le régime disciplinaire auquel est soumis l'occupant d'un centre fermé.

Les mesures coercitives sont strictement et limitativement énumérées par l'article 104 de l'arrêté royal qui énonce :

*La contrainte ne peut être utilisée que si le comportement de l'occupant constitue un danger pour lui-même, pour les autres occupants, pour les membres du personnel ou pour la sécurité, l'ordre ou les biens du centre ou les tiers. L'utilisation de la contrainte doit demeurer raisonnable et en rapport avec le but poursuivi.*

*Les mesures coercitives ne sont pas des sanctions mais des moyens de garder le contrôle de l'occupant.*

*Les moyens de coercition autorisés sont:*

*1° une contrainte physique;*

*2° une clef de bras;*

*3° des menottes aux poignets et/ou aux pieds.*

*Il ne peut être recouru à un moyen de coercition que si le précédent a échoué.*

L'utilisation d'une camisole chimique est une atteinte à l'intégrité physique de l'individu qui n'est pas autorisée par le texte légal comme moyen de coercition.

L'article 105 prévoit en outre que lorsqu'un occupant met en danger par son comportement sa sécurité, celle des autres occupants, des membres du personnel, du centre ou le bon fonctionnement de celui-ci, le directeur du centre peut décider du transfert de l'occupant vers un autre centre ou établissement.

2. L'article 53 de l'arrêté royal du 2 août 2002 énonce que le médecin attaché au centre garde son indépendance professionnelle vis-à-vis du directeur du centre. Ses évaluations et décisions qui ont trait à la santé des occupants sont uniquement basées sur des critères médicaux.

Si le service médical considère que pour des raisons liées à la santé du détenu il y a lieu de recourir à une injection de DHBP, celle-ci ne peut se faire qu'avec le consentement du patient, conformément à la loi relative aux droits du patient.

Que ce soit au sein d'un établissement pénitentiaire ou à l'extérieur, un traitement de force n'est pas permis lorsque le patient dispose de suffisamment de facultés psychiques pour recevoir l'information et consentir au traitement proposé.

Ce n'est que dans l'hypothèse exceptionnelle où le patient est incapable d'exercer lui-même ses droits que le système de représentation du patient fixé par l'article 14 de la loi relative aux droits du patient intervient. Si le patient n'a pas désigné de mandataire et si la personne désignée par cette loi ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

Même dans cette hypothèse, le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension.

Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient (art. 8, § 5, de la loi relative aux droits du patient).

En toute circonstance, la nécessité et l'adéquation du traitement médicamenteux appliqué au patient doivent pouvoir être démontrées.

La prescription doit être prudente, le risque médicamenteux doit être pris en considération d'autant qu'en l'espèce les antécédents du patient seront souvent ignorés.

Le patient doit faire l'objet d'une surveillance médicale attentive.

Enfin l'article 61 de l'arrêté royal du 2 août 2002 prévoit que si le médecin attaché au centre est d'avis que la santé mentale ou physique de l'occupant est sérieusement compromise par le maintien de la détention ou par quelque circonstance qui y soit liée, cet avis est soumis par la voie hiérarchique par le directeur du centre au Directeur général qui peut suspendre l'exécution de la mesure d'éloignement ou de la mesure privative de liberté.

3. En ce qui concerne le cas du détenu psychotique, le Conseil national renvoie aux principes qu'il a développés dans ses avis des 12 mai 2007 (BCN n°117, p. 5) et 19 juillet 2008 (BCN 122, p. 2), ci-annexés.

Annexes : avis des 12 mai 2007 et 19 juillet 2008.

## **Choix de la personne de confiance** (20/02/2010)

**MOTS-CLES :**  
*Droits du patient – Personne de confiance*  
**REFERENCE :**  
*a129017f*

*Le Conseil national est interrogé concernant les critères auxquels doit répondre une personne pour être désignée par un patient comme personne de confiance, au sens de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.*

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

En sa séance du 20 février 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre demande d'avis relative à la personne de confiance.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient n'a pas prévu de critères auxquels doit répondre la personne de confiance au moment de sa désignation.

Le seul critère légal est l'existence d'une relation de confiance entre cette personne et le patient, qui justifie que ce dernier exerce avec son aide ou par son entremise tout ou partie de ses droits.

Il ressort des travaux préparatoires de la loi que la personne qui assume le rôle de personne de confiance, accepte tacitement de n'utiliser les informations obtenues que dans le seul intérêt du patient.

L'exposé des motifs insiste notamment sur l'intérêt du patient que doit poursuivre la personne de confiance dans ses interventions.

La loi n'a toutefois prévu aucune condition pour éviter la désignation d'une personne dont la qualification professionnelle ou le statut est objectivement susceptible d'indiquer que l'accès aux données pourrait servir un autre intérêt que celui du patient.

C'est pourquoi le Conseil national énonce dans son avis du 26 juillet 2003 (BCN n° 101, p. 6) qu'il *estime que seules des personnes physiques agissant en leur nom propre peuvent être désignées comme personnes de confiance.*

Il demeure que la liberté de choix du patient est le principe choisi par le législateur : la loi relative aux droits du patient est fondée sur le respect de l'autonomie et de la volonté du patient.

Dès lors, sauf l'hypothèse visée à l'article 9, § 3, de la loi, le praticien ne peut pas s'opposer au choix du patient.

Néanmoins, le médecin qui doute que la personne de confiance de son patient défende exclusivement les intérêts de ce dernier, doit communiquer au patient ses incertitudes.

Ce faisant, il doit lui-même avoir exclusivement à l'esprit la défense des intérêts de son patient.

Si pour des motifs indépendants de la relation qui lie le patient à la personne de confiance de son choix, le médecin considère que cette personne nuit à la relation de confiance qu'il a avec son patient ou entrave à la consultation, il doit s'en entretenir avec celui-ci. S'ils ne parviennent pas à trouver une solution à cette situation, cela peut constituer pour le médecin une raison de mettre un terme à sa relation avec le patient, dans le respect des dispositions déontologiques en matière de continuité des soins.

En aucun cas cette situation ne peut entraver l'exercice des droits du patient, tel qu'il est réglementé par la loi en ses articles 7, 8 et 9.

Il est recommandé de faire figurer au dossier médical une note exposant la décision motivée prise dans les situations évoquées ci-avant.

### **Réanimation des enfants extrêmement prématurés** (20/02/2010)

**MOTS-CLES :**

*Enfants prématurés – Mineurs d'âge – Soins palliatifs - Réanimation*

**REFERENCE :**

a129018f

*Beaucoup de médecins placent à 25 semaines la limite de viabilité des bébés prématurés. Dans certains hôpitaux, des enfants de 23 ou 24 semaines sont pourtant réanimés.*

*Un médecin spécialisé en néonatalogie souhaite savoir si le médecin qui dans ce cas décide de ne pas réanimer peut être poursuivi pour non-assistance à personne en danger, voire acte d'euthanasie.*

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

En sa séance du 20 février 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de savoir si le fait de renoncer à réanimer des enfants extrêmement prématurés expose le médecin à des poursuites.

Malgré l'élargissement des connaissances médicales et des possibilités technologiques en vue de mieux gérer les conséquences d'une naissance prématurée, la médecine continue de se heurter à des limites d'âge toujours plus basses. Dans ces cas, la décision d'instaurer ou pas, de cesser ou pas un traitement chez des patients individuels reste très difficile. Ainsi, les prématurités extrêmes confrontent en permanence à des situations sans issue où un traitement prolongeant la vie ne fait que différer la mort ou comporte le risque d'un dommage physique et psychique très grave.

En principe, un acte médical a toujours pour but la réalisation d'un bénéfice thérapeutique, le maintien ou l'amélioration de l'état de santé du patient. Des actes médicaux qui ne conduisent pas raisonnablement à un bénéfice thérapeutique perdent leur légitimité et, dans des situations spécifiques, il est admis de ne pas mettre en œuvre ou d'abandonner des thérapies prolongeant la vie. Ceci requiert évidemment l'application de critères de prudence stricts. Ainsi, le diagnostic doit révéler un pronostic sans issue et des médecins indépendants doivent être associés au processus de décision. Et les parents doivent recevoir une information de soutien professionnelle, adaptée à la situation. L'équipe médicale doit veiller à la garantie maximale du confort du nouveau-né gravement malade et, à cette fin, lui prodiguer des soins palliatifs effectifs et assurer avec les parents un accompagnement de fin de vie humain.

Même s'il existe une certaine tolérance aux Pays-Bas sur la base du protocole de Groningen (N ENG J MED, 2005 ; 352 : 959-962), aucun pays ne dispose à l'heure actuelle d'une loi permettant de mettre un terme activement à la vie de nouveau-nés.

### **Collaboration du service médical d'un centre d'accueil géré par FEDASIL avec les services de garde de population** (06/03/2010)

**MOTS-CLES :**

*Continuité des soins – Garde médicale – Libre choix du médecin*

**REFERENCE :**

a129022f

*Sollicité par un cercle de Médecins généralistes, un conseil provincial demande si l'avis relatif à l'intervention du Médecin de garde au centre 127 bis, du 4 octobre 2008 est également d'application pour les centres FEDASIL – agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile.*



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

En sa séance du 6 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 23 juin 2009 demandant si son avis du 4 octobre 2008 relatif au fonctionnement du service médical d'un centre de rapatriement s'applique aux centres FEDASIL.

En leurs principes, l'avis du Conseil national du 21 novembre 2009 relatif au service de garde des prisons (BCN n° 128) et celui du 4 octobre 2008 relatif au fonctionnement du service médical d'un centre de rapatriement - continuité des soins (BCN n° 122) sont applicables aux centres d'accueil gérés par FEDASIL.

La loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile et de certaines autres catégories d'étrangers prévoit qu'une aide matérielle est octroyée au demandeur d'asile pendant toute sa procédure d'asile. L'aide matérielle comprend l'accompagnement médical, défini aux articles 23 à 29, dont a besoin le bénéficiaire de l'accueil pour mener une vie conforme à la dignité humaine.

FEDASIL est compétente pour assurer cet accompagnement médical. L'article 25 énonce que chaque structure d'accueil garantit au bénéficiaire de l'accueil l'accès effectif à un accompagnement médical.

L'organisation de cet accompagnement doit garantir la continuité des soins.

A cette fin, FEDASIL peut passer des accords, notamment avec les cercles locaux de généralistes moyennant approbation suivant les règles de procédure du règlement interne des gardes. Ces accords doivent clairement préciser les modalités de la prestation de service et, en tout cas, garantir que la dispensation régulière des soins de santé dans le cadre du service de garde de population ne pourra être compromise.

Les projets d'accords doivent être soumis à l'approbation du conseil provincial compétent.

Le résidant du centre d'accueil conserve le libre choix du médecin et peut donc demander de manière autonome qu'il soit fait appel à un médecin généraliste externe et, à défaut de ce dernier, un médecin généraliste par l'intermédiaire de la garde.

14

### **Réalisation d'un traitement d'épilation par laser ou lampe flash (06/03/2010)**

**MOTS-CLES :**

*Collaborateur du médecin (Infirmiers, paramédicaux, techniques et sociaux) – Techniques médicales -*

**REFERENCE :**

*a129023f*

*Un dermatologue demande à son conseil provincial s'il peut confier à un collaborateur, dont les compétences ne sont pas reprises dans l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, en l'occurrence une esthéticienne, la réalisation d'un traitement d'épilation par laser ou lampe flash.*

*Le Conseil provincial soumet la question au Conseil national.*

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

En sa séance du 6 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 17 juin 2009.

Le Conseil national relève que, de manière répétée (avis des 27 mars 1999, 28 février 2001 et 29 avril 2006), les Académies de médecine de Belgique ont souligné l'impact de l'énergie administrée sur la peau et la gravité des effets secondaires potentiels, consécutifs aux thérapies effectuées par laser ou lampe flash (IPL - intense pulse light). Elles estiment qu'un traitement au moyen de ces techniques est un acte médical qui doit être réservé aux médecins.

Dans son avis du 18 octobre 2006, le Conseil supérieur d'hygiène se rallie à ces avis disant que les traitements au laser et par IPL doivent être considérés comme un acte médical.

Par ailleurs, il constate que l'épilation en tant que telle n'est pas un acte médical.

Il conclut qu'une épilation dans un but purement esthétique, sans pathologie sous-jacente, par utilisation de certains lasers ou d'un appareil de type IPL peut éventuellement, sous des conditions strictes et médicalement étayées, être réalisée par des paramédicaux ou des spécialistes en soins esthétiques spécifiquement formés à cette fin.

Il insiste sur la nécessité d'une réglementation concernant l'utilisation de ces techniques vu leurs effets et les problèmes qui peuvent en résulter. Le législateur doit prendre en considération la formation nécessaire à leur manipulation, les normes auxquelles doivent satisfaire le lieu où l'acte est pratiqué, l'examen du patient, l'information du patient sur les risques potentiels et les solutions alternatives, et la tenue d'un dossier.

Plusieurs propositions de loi ont été déposées à ce sujet. Parmi les conditions mises à l'utilisation à des fins épilatoires de ces techniques, un contrôle médical est toujours requis, sous des formes variées.

Sur la base de ces éléments, le Conseil national émet l'avis qui suit.

Les traitements par laser et appareils IPL ont connu un développement important et sont utilisés dans différentes affections de la peau comme les anomalies vasculaires, les altérations pigmentaires, les cicatrices pathologiques, l'hirsutisme, etc. Dans ces indications, le traitement au laser ou au moyen d'un appareil IPL doit être considéré comme un acte médical et sa réalisation doit être assurée par un médecin disposant de l'expertise nécessaire.



En ce qui concerne l'épilation au laser ou par un appareil IPL après constatation par un médecin de l'absence de pathologie sous-jacente, le Conseil national considère que, dans l'intérêt du patient, le recours à ces techniques à cette fin doit être strictement et rapidement réglementé, de façon à définir les compétences nécessaires et les conditions d'hygiène, de sécurité et d'information du patient.

Dans l'attente d'une telle législation, vu les effets sur la santé de l'utilisation du laser ou d'un appareil IPL et l'absence de formation professionnelle officiellement reconnue concernant l'utilisation de ces techniques, le Conseil national estime que leur usage, même à des fins épilatoires sans pathologie sous-jacente, doit être le fait du médecin qui peut justifier de l'expertise nécessaire pour y recourir.

La législation actuelle ne permet pas au médecin de déléguer l'exécution d'un acte à une esthéticienne (art. 5, § 1er, arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions de santé).

Le médecin doit veiller à être assuré en responsabilité professionnelle pour ce type d'acte. Cet acte à visée purement esthétique ne peut pas faire l'objet d'une facturation à l'INAMI.

## **Rôle du groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie** (06/03/2010)

**MOTS-CLES :**  
Dossier médical - Prescriptions  
**REFERENCE :**  
a129024f

*Le Conseil national est interrogé sur le rôle du groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie, l'accès au dossier médical hospitalier par les membres du groupe et le non-respect de ses recommandations par un médecin hospitalier.*

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

En sa séance du 6 mars 2010, le Conseil national a examiné le rôle du groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie tel que défini par l'arrêté royal du 12 février 2008 modifiant celui du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée (M.B. 28 mars 2008, p. 17240).

Le groupe de gestion pluridisciplinaire de l'antibiothérapie est créé au sein du Comité médico-pharmaceutique visé par les articles 24 et suivants de l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit satisfaire pour être agréée (M.B. 23 mars 1991, p. 5965). Il y est chargé des tâches relatives aux médicaments anti-infectieux.

Sa composition est légalement définie : elle comprend des médecins et des pharmaciens, sous la présidence d'un médecin. Ce groupe développe la partie du formulaire thérapeutique qui concerne les médicaments anti-infectieux de l'hôpital.

Il définit et diffuse auprès des médecins prescripteurs de l'établissement des recommandations écrites et en particulier les recommandations nationales approuvées par la Commission de coordination de la politique antibiotique, pour les traitements anti-infectieux empiriques et étiologiques et la prophylaxie anti-infectieuse.

Il mesure régulièrement le taux d'implémentation du formulaire et des recommandations. Le Conseil national est interrogé sur l'accès au dossier médical hospitalier par les membres du groupe afin de remplir ces missions et sur l'attitude que le groupe doit adopter lorsqu'il est confronté au refus d'un médecin prescripteur de se conformer à ses recommandations.

1. Le groupe de gestion de l'antibiothérapie est chargé des tâches du comité médico-pharmaceutique relatives aux médicaments anti-infectieux. Le texte légal prévoit expressément que le comité médico-pharmaceutique analyse la consommation de médicaments à l'hôpital, par catégorie de médicaments, par service et par médecin prescripteur. Cette analyse se fonde sur des modèles de consommation dans des pathologies comparables.

Pour remplir ces missions, le membre du groupe de gestion de l'antibiothérapie doit pouvoir accéder aux dossiers médicaux afin de disposer des éléments lui permettant d'apprécier la conformité de la prescription au formulaire thérapeutique et aux recommandations.

Les outils informatiques actuels permettent le suivi automatisé des prescriptions de médicaments et le croisement de ces informations avec les données microbiologiques, ce qui permet de limiter cet accès aux cas problématiques. Qu'il soit médecin ou pharmacien, le membre du groupe agissant dans le cadre des fonctions préalablement définies est tenu au respect du secret professionnel conformément à l'article 458 du Code pénal.

2. La prescription d'une antibiothérapie au sein d'une structure hospitalière dépasse la responsabilité individuelle et a également des implications au niveau institutionnel et sur la santé publique.

Les membres du groupe de gestion de l'antibiothérapie, en particulier le délégué à la gestion de l'antibiothérapie de l'hôpital, ont une mission d'expertise dans l'élaboration des règles de bonne pratique et la validation des protocoles.

Lorsqu'il apparaît qu'un médecin prescripteur ne respecte pas le formulaire et les recommandations thérapeutiques malgré l'intervention directe du délégué à la gestion de l'antibiothérapie, le Conseil national considère qu'il appartient au médecin-chef de l'institution et au conseil médical de s'assurer que ce comportement ne nuit pas à la qualité des soins et à la santé publique.

## **Mention de la spécialité sur le site Internet du Conseil national de l'Ordre des médecins**

(06/03/2010)

MOTS-CLES :  
En-têtes de lettre – Internet - Plaques  
REFERENCE :  
a129025f

*Cet avis remplace l'avis que le Conseil national a émis sous le même titre le 19 décembre 2009 (Bulletin du Conseil national n° 128).*

En sa séance du 6 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a modifié son avis du 19 décembre 2009 concernant le cumul de la fonction de médecin-spécialiste en médecine aiguë et de celle de médecin généraliste.

La terminologie utilisée sur le site Internet « ordomedic.be » est basée sur la classification des dispensateurs de soins par l'INAMI telle que décrite pour tous les médecins et reconnaissable par le numéro d'identification dans les trois derniers chiffres donnant le code de compétence.

En ce qui concerne la demande de modifier cette terminologie et de remplacer la dénomination « algemeen geneeskundige » sur le site Internet par « huisarts », le Conseil national renvoie à l'INAMI, service des soins de santé, et aux codes de compétence précités - en particulier les codes 001-008 - figurant tous sous la rubrique « algemene geneeskunde » « médecins de médecine générale ».

En l'occurrence, le terme spécifique de « huisarts » ne renvoie d'ailleurs actuellement - dans ce cadre INAMI - qu'au « huisarts in beroepsopleiding » (HIBO - 005-006) (médecin de médecine générale en formation professionnelle) tandis que les « erkende huisartsen » (médecins généralistes agréés), visés dans l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, sont expressément désignés sous (003-004) par « algemeen geneeskundige » (médecin de médecine générale).

Le Conseil national est conscient du fait qu'un contenu différent peut être donné au terme « huisarts » selon la terminologie utilisée dans divers textes de loi.

Ainsi, l'article 1er de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire, énumère les spécialités médicales reconnues. L'article 2 précise les compétences complémentaires des médecins spécialistes et mentionne en outre spécifiquement la dénomination de « médecin généraliste » (« huisarts »).

Ensuite, l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes définit les critères de qualification pour l'agrément et les critères de maintien du titre professionnel particulier de médecin généraliste (M.B. 4 mars 2010).

En ce qui concerne la médecine du travail, cette terminologie aussi entre dans le cadre de l'arrêté royal du 25 novembre 1991, sous la dénomination « médecin spécialiste en médecine du travail ».

## **Familles en séjour illégal – Convention liant le ministère de l'Intérieur aux médecins**

(27/03/2010)

MOTS-CLES :  
Droit du patient – Secret professionnel  
REFERENCE :  
a129029f

*Depuis octobre 2008, les familles avec enfants mineurs obligées de quitter notre pays ne sont plus hébergées dans des centres fermés mais logées dans des lieux d'hébergement ouverts où un soutien intensif leur est apporté par un fonctionnaire de retour (coach).*

*Le Service public fédéral Intérieur, direction générale Office des étrangers, direction Contrôle Intérieur - section Eloignements Cellule Identification - FITT (Equipe d'identification et du retour des familles) a rédigé une convention destinée à être conclue avec un médecin. Des remarques sont formulées par le Conseil national concernant cette convention.*

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

En sa séance du 27 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé l'examen de votre lettre du 23 février 2009 concernant la convention qui devrait lier le ministère de l'Intérieur aux médecins quant au lieu d'hébergement pour les familles en séjour illégal.

Le Conseil national formule les remarques suivantes à ce sujet :  
- La famille doit être soumise à un contrôle médical au cabinet d'un médecin dans les trois jours ouvrables de son arrivée (trois jours selon la convention, deux selon l'arrêté royal).

Ce médecin est désigné par l'Office des étrangers ou par le médecin de la famille (article 15 de l'arrêté royal du 14 mai 2009 fixant le régime et les règles de fonctionnement applicables aux lieux d'hébergement au sens de l'article 74/8, § 1er, de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers).

La fonction de médecin « chargé d'expertiser la capacité ou la qualification physique ou mentale » d'une ou plusieurs personnes « ou de procéder à toute exploration corporelle, de contrôler un diagnostic ou de surveiller un traitement ou d'enquêter sur

des prestations médicales pour compte d'un organisme assureur » est incompatible avec celle de médecin traitant de ces personnes (articles 119 et 121, § 2, du Code de déontologie médicale).

- La famille est accompagnée à ce contrôle médical par un fonctionnaire de retour (coach). Le fonctionnaire de retour assiste la famille mais n'est pas présent physiquement à l'examen.

- Si le médecin constate une pathologie qui rend impossible le retour pour une durée temporaire ou indéterminée, il le signale au fonctionnaire de retour sans révéler la pathologie.

- Le médecin doit respecter le secret médical, lequel couvre tant le dossier médical que le diagnostic.

- Au plus tôt 48 heures avant le départ prévu, le médecin évalue si toute la famille est « fit to fly ». A cet effet, il complète le formulaire « apte à voler ».

Dans ce formulaire, le médecin indique les médicaments qui doivent ou peuvent être pris. Il précise aussi sur une échelle de 1 à 4 si la personne à transporter peut constituer un danger pour la santé d'autrui. Le chiffre révèle la gravité de l'état et permet de déterminer les mesures à prendre. Celles-ci vont des règles élémentaires d'hygiène générale à l'isolement de la personne en raison de la suspicion d'une maladie contagieuse de nature épidémique pour laquelle il n'y a pas de traitement connu. Cette information est liée à l'état de santé de la personne et sera communiquée par le médecin au médecin de la police fédérale.

## **Médecin généraliste en formation (MGF) - Règlement d'ordre intérieur de l'asbl SUI (27/03/2010)**

MOTS-CLES :  
Médecin généraliste - Stage

REFERENCE :  
a129031f

En sa séance du 27 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a terminé l'examen des nouvelles conventions soumises pour avis concernant le nouveau statut sui generis de la collaboration « médecins généralistes en formation (MGF), formateurs pratiques et asbl SUI », après avoir interrogé les divers conseils provinciaux de l'Ordre.

Le Conseil national émet les remarques suivantes :

En ce qui concerne le **Règlement d'ordre intérieur de l'asbl SUI**, les remarques suivantes sont formulées :

- sous I. Généralités : 1., alinéa 2, ajouter après asbl SUI « et l'Ordre des médecins »

- sous I. Généralités : 3. ajouter à la liste :

Code de déontologie médicale

AR 78 et 79 du 11<sup>e</sup> novembre 1967

- sous IX., 5. Etablissement de la pratique :

• **remplacer la 1<sup>ère</sup> phrase par** : à l'issue d'une période de stage, le médecin généraliste en formation ne peut s'établir comme médecin généraliste dans des conditions susceptibles de donner lieu à un détournement de patients du formateur pratique précédent, sauf accord écrit de ce dernier. A ce sujet, les conseils provinciaux peuvent appliquer leurs propres règles en matière de durée et de distance. Celles-ci peuvent différer selon les conseils provinciaux et tiennent compte des accents régionaux.

• sous le 2<sup>ème</sup> § : supprimer la dernière phrase à partir de « Les conseils provinciaux ... jusqu'à ...juridictions compétentes »

En ce qui concerne la **Convention asbl SUI et le formateur pratique** :

Article 6. : ajouter : « Pour tout ce qui concerne la vie privée et le secret professionnel médical, ce mandataire doit faire appel à un médecin. »

Concernant la **Convention formateur pratique et MGF** :

Art. 3. : ajouter : « L'activité à plein temps ne peut donner lieu à des abus du médecin généraliste en formation ou du formateur pratique. »

Art. 5. : ajouter « sauf cas de force majeure »

Art. 6. : ajouter :

- « Des problèmes de nature déontologique relèvent de la compétence exclusive du conseil provincial de l'Ordre des médecins. »

A l'alinéa 2 :

- à propos de la « décision » : il est préférable de fixer un délai.

- à propos de « suspension ou condamnation », il est préférable de mentionner la sanction.

Art. 8. : remplacer les termes « indiqué » par « obligatoire » et « puisse se tourner » par « se tourne ».

Dans les phrases finales en cursive, ajouter à la dernière phrase : « un exemplaire et un plan de travail et de formation... »

Conclusion :

Le Conseil national estime que les conventions types ne peuvent faire l'objet d'une approbation globale compte tenu du fait que le formateur pratique et le MGF peuvent insérer des clauses supplémentaires dont le conseil provincial n'a ainsi pas connaissance.

Dès lors, le Conseil national maintient sa position, à savoir que tout contrat individuel doit être soumis au préalable au conseil provincial compétent.

## **Approbation du contrat entre le maître de stage et le CMG – Compétence du conseil provincial**

(27/03/2010)

MOTS-CLES :

Contrats - Médecin généraliste – Stage – Tableau de l'Ordre

REFERENCE :

a129032f

*Un conseil provincial demande s'il peut viser un contrat de collaboration entre le maître de stage en médecine générale inscrit dans un conseil francophone et l'assistant en formation inscrit à l'ASBL d'une université flamande ou il a suivi et poursuit ses études.*

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

En sa séance du 27 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné vos lettres des 27 août et 4 septembre 2009.

Elles concernent deux médecins inscrits au Tableau de l'Ordre du Conseil provincial du Hainaut, un maître de stage et un candidat médecin généraliste (CMG). Ce dernier est inscrit dans une université flamande où il a suivi et poursuit ses études. Il souhaite à présent effectuer son assistantat dans la province du Hainaut.

La question présente plusieurs aspects :

- Les deux confrères sont inscrits au conseil provincial du Hainaut. Le CMG étudie et est inscrit dans une université flamande et a de ce fait un contrat avec l'asbl SUI du ICHO (centre universitaire de formation en médecine générale) en Flandre, et le contrat est rédigé en néerlandais. Le CMG veut accomplir son stage de formation dans la province du Hainaut. Le Conseil provincial du Hainaut peut-il accorder son visa à ce contrat ?

- Les deux médecins sont inscrits au Tableau de l'Ordre du même conseil provincial, celui du Hainaut : le conseil compétent pour viser le contrat ou la convention est le conseil où les médecins sont inscrits.

- Le fait d'accorder le visa à ce contrat n'avantagera pas l'asbl francophone au détriment de l'asbl flamande. Le CMG a un contrat avec l'asbl SUI flamande, car il est et reste inscrit dans une université flamande et sera dès lors rémunéré par cette asbl subventionnée à cette fin.

- Le Conseil provincial du Hainaut peut effectuer le visa de cette convention.

## **Invitation des patients à un check-up préventif par le médecin généraliste**

(27/03/2010)

MOTS-CLES :

Médecin généraliste - Médecine préventive

REFERENCE :

a129033f

*Un médecin généraliste peut-il écrire à ses patients pour leur rappeler qu'ils doivent passer pour un check-up ?*

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

En sa séance du 27 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 7 octobre 2009 demandant si un médecin généraliste peut, à l'instar d'un dentiste, écrire à ses patients pour leur rappeler qu'ils doivent passer pour un check-up.

Le Conseil national a déjà émis différents avis relatifs à des rappels préventifs adressés par les médecins généralistes à leurs patients. Plus précisément, il a déjà été répondu positivement concernant l'invitation annuelle à se faire vacciner contre la grippe pour des patients présentant un risque accru (avis du 19 août 2000, BCN 90, p.12), et ce, à l'égard des patients dont le dossier médical global (DMG) est géré par le médecin généraliste. De même pour un courrier du médecin généraliste à ses patientes pour les sensibiliser et les motiver au dépistage préventif du cancer du sein (avis du 16 juin 2001, BCN 93, p. 10).

Dans le cadre de campagnes générales de prévention, un médecin généraliste peut encourager individuellement à y participer les patients dont il gère le dossier médical global, car cela cadre avec une bonne gestion de ce dossier médical et en fait partie. Un médecin généraliste ne doit pas seulement enregistrer et suivre correctement ses patients à risque. Son rôle est aussi de prendre des initiatives de prévention en vue du dépistage précoce de maladies et de donner des conseils de médecine préventive à tous ses patients.

Dans le cas où il existe une relation stable médecin/patient, éventuellement à l'appui d'un dossier médical global, un médecin généraliste peut écrire au patient pour lui rappeler le check-up préventif. Cela doit s'inscrire dans un plan préventif général, dont le patient aura été informé. Le patient est toujours libre de donner suite, ou non, à cette invitation.

## **Aspects déontologiques des trajets de soins** (27/03/2010)

MOTS-CLES :  
Libre choix du médecin  
REFERENCE :  
a129034f

*Le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les aspects déontologiques des trajets de soins tels que définis par l'arrêté royal du 21 janvier 2009 (M.B. 6 février 2009, p. 8258), ainsi que le contrat concerné.*

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

En sa séance du 27 mars 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a analysé les aspects déontologiques des trajets de soins tels que définis par l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins (M.B. 6 février 2009, p. 8258).

Le trajet de soins est la prise en charge médicale d'un patient, atteint d'une maladie chronique, sur la base d'un contrat avec le médecin généraliste et le médecin spécialiste, pour une durée de quatre ans.

Actuellement, les trajets de soins sont limités aux patients atteints du diabète sucré de type 2 ou d'insuffisance rénale.

Pour bénéficier du trajet de soins, le patient doit remplir des conditions médicales et d'autres conditions qui concernent le dossier médical global (au sens de l'arrêté royal du 18 février 2004, M.B. 24 février 2004, p. 10639), le taux de consultation du médecin généraliste et du médecin spécialiste, et la conclusion d'un contrat « trajet de soins » avec le médecin généraliste et le médecin spécialiste.

Suivant les termes de l'arrêté royal, le contrat fixe les modalités de la collaboration entre les parties.

Des incitants financiers existent pour les parties.

Pendant la durée du trajet de soins, le patient se voit rembourser le ticket modérateur pour les consultations chez le généraliste et le spécialiste cocontractants et le coût de certains matériels et services paramédicaux.

Le médecin généraliste et le médecin spécialiste cocontractants perçoivent chacun de l'organisme assureur un honoraire forfaitaire annuel de 80 €.

Les bénéfices attendus de ces trajets de soins concernent l'organisation des soins, la collaboration entre les soignants, la compréhension par le patient de sa maladie et du suivi, et l'optimisation de la qualité des soins.

Le Conseil national apprécie les efforts déployés pour atteindre ces objectifs.

Il émet les considérations suivantes concernant les trajets de soins et le contrat qui les formalise.

### **1. Du point de vue du patient.**

Le libre choix du médecin est un principe fondamental de la relation médicale.

Le système du trajet de soins laisse au patient le choix du généraliste et du spécialiste en médecine interne (sous réserve qu'il réponde aux critères de qualification fixés par l'article 8, § 2), mais il limite ce libre choix en imposant que la relation contractuelle soit fixée pour une durée initiale de quatre ans.

L'INAMI précise sur le site [www.trajetsdesoins.be](http://www.trajetsdesoins.be) que le patient a la possibilité de changer de médecin en cours de trajet de soins, sans perte des avantages qui y sont liés ; cette possibilité doit lui être expressément signalée.

Rien n'est prévu si le patient souhaite un second avis.

Le choix du patient est subordonné à l'acceptation par le médecin généraliste et le médecin spécialiste des contraintes administratives mises en leur chef par le système des trajets de soins.

Le Conseil national constate que le système des trajets de soins n'est pas en concordance avec l'évolution de la maladie et l'intérêt du patient.

Le patient diabétique dont la situation clinique nécessite un renforcement de l'insulinothérapie ne peut bénéficier du trajet de soins de même que le patient en insuffisance rénale qui a besoin d'un traitement par dialyse ou transplantation.

Ces exclusions n'ont pas de justification médicale et sont difficilement explicables au patient. Elles créent une discrimination, sans justification objective, entre les patients. Le Conseil national prend acte que le patient auquel les critères d'exclusion ne s'appliquaient pas initialement ne perd pas les avantages de son trajet de soins du fait que les critères d'exclusion médicaux s'appliquent en cours de trajet de soins (cf. [www.trajetsdesoins.be](http://www.trajetsdesoins.be)).

A la lecture des informations dont il dispose, le Conseil national constate que les visites à domicile ne sont pas incluses dans la notion de « consultation » et ne bénéficient dès lors pas de la gratuité. Il n'est pas éthique que la perte de mobilité d'un patient le prive de cet avantage des trajets de soins.

Dans l'objectif d'une prise en charge optimale, le remboursement du ticket modérateur aurait dû également être d'application

pour les consultations des spécialistes, autres que visés à l'article 8, § 2, impliqués dans le traitement et la prévention des complications secondaires des deux affections concernées (ophtalmologue, radiologue, cardiologue, neurologue, etc.) Le système des trajets de soins se limite à une optimisation de la thérapeutique. Il n'inclut pas de mesure visant à améliorer le dépistage et le diagnostic des affections concernées alors qu'elles sont toutes les deux peu symptomatiques et que la prévention des complications qu'elles entraînent est tributaire du moment de la prise en charge.

Les bénéfices et les inconvénients des trajets de soins doivent faire l'objet d'une analyse dans le temps. A cet égard, le Conseil national reconnaît l'importance d'évaluer l'impact des trajets de soins sur la qualité des soins. Néanmoins, il considère que le consentement du patient au traitement de ses données à caractère personnel relatives au trajet de soins n'est pas totalement libre dès lors que ce consentement est une condition à l'accès au trajet de soins (art. 5, § 1er et 12).

Le Conseil national s'interroge quant aux conséquences sur l'accès au trajet de soins du refus du patient de voir certaines de ses données traitées.

Le libre choix du patient est également mis à mal par l'obligation de disposer d'un dossier médical global pour pouvoir accéder au trajet de soins (art. 5, § 1er).

Le Conseil national émet des réserves sur la subordination de l'accès au trajet de soins à l'existence d'un dossier médical global.

## **2. Du point de vue des médecins généraliste et spécialiste.**

La déontologie médicale interdit au médecin de conclure une convention susceptible de limiter sa liberté thérapeutique.

Le fait que les trajets de soins soient actuellement limités dans le cas du diabète de type 2 aux patients suivant un traitement à l'insuline, comprenant 1 ou 2 injections d'insuline par jour (le traitement avec des comprimés est insuffisant) pourrait influencer le choix des modalités thérapeutiques qui permettent l'accès aux trajets de soins, plutôt que d'autres modalités thérapeutiques mieux adaptées aux besoins du patient.

Il est essentiel que la prise en charge du médecin généraliste et spécialiste ne soit pas encombrée par des tâches administratives ; à cet égard, il eût été plus logique de prévoir que le patient transmette lui-même le contrat « trajet de soins » à son organisme assureur.

Il n'est pas d'usage que la relation contractuelle entre un médecin et son patient soit formalisée dans un écrit fixant les obligations de chacune des parties. La conclusion d'un contrat tripartite (patient, médecin généraliste et médecin spécialiste) est encore plus rare.

Le Conseil national s'interroge sur l'étendue de la responsabilité des médecins qui participent à un trajet de soins et sur les conséquences du non-respect de ses engagements par une des parties, notamment à l'égard de l'INAMI. Le texte légal ne contient aucune information à ce propos.

Les obligations à charge du médecin qui résultent du contrat « trajet de soins » pourraient, pour certaines, être considérées comme des obligations de résultat.

Si le traitement médical est, sauf circonstances exceptionnelles, une obligation de moyen, la nature des obligations telles que l'ouverture d'un DMG, l'obtention de l'accord du patient sur la transmission des données et la réalisation de celle-ci, est plus discutable.

Le médecin qui conclut un contrat « trajet de soins » doit être conscient des obligations qu'il souscrit; il est prudent qu'il se réserve une preuve, écrite si possible, de leur exécution.

Un contrat requiert l'accord de volonté des parties sur des droits et obligations.

Le Conseil national s'interroge sur la libre volonté du médecin de conclure un tel contrat, et d'accepter les obligations qui en découlent, sachant que leur refus sera synonyme, pour son patient, de la perte d'avantages financiers.

Le Conseil national prend acte des objectifs de principe et des modalités pratiques des trajets de soins tels qu'élaborés à ce jour au sein de l'INAMI et déjà définis dans un texte légal.

Bien qu'il apprécie les efforts déployés pour améliorer la prise en charge des malades souffrant d'une maladie chronique, il souhaite émettre des réserves.

C'est pourquoi le Conseil national vous demande de bien vouloir transmettre, à toutes les parties concernées au sein de l'INAMI, les considérations ci-avant à propos des trajets de soins et du contrat « trajet de soins » existants, afin que l'INAMI puisse y donner suite utile dans le cadre des trajets de soins tant actuels que futurs.

Le Conseil national est ouvert à la poursuite d'un dialogue ou d'une concertation avec l'INAMI et en particulier avec les associations professionnelles représentatives des médecins.



## **Le concept eHealth et le secret professionnel sont-ils conciliables ?**

Pr M. Deneyer

Définition : eHealth est un ensemble de dispositifs issus des technologies de l'information et de la communication, destiné à soutenir et promouvoir la prévention, le diagnostic, le traitement, le contrôle et la gestion de la santé et des habitudes de vie.

L'évolution dans l'organisation des soins de santé (pratiques de groupe, les permanences de pratiques, les maisons médicales, les services d'urgences, la concertation pluridisciplinaire, les accords de coopération s'étendant sur plusieurs sites) et la mobilité croissante du patient mettent en relief la nécessité de données médicales directement disponibles. Le patient devrait toujours être accompagné de ses données médicales. La conversion en un dossier médical électronique est nécessaire, mais elle ne suffit pas à résoudre le problème de la portabilité. Les dossiers médicaux sont des îlots de données parmi lesquels l'information médicale d'un patient ne circule pas d'un contexte clinique à un autre. Cela explique la nécessité de réseaux devant offrir toutes les garanties de confidentialité et de sécurité.

### **Lignes de crête de la transmission de données médicales**

*Le secret professionnel*, tel que défini à l'article 458 du Code pénal, et datant du dix-neuvième siècle, visait uniquement, à l'origine, la relation individuelle médecin-patient où les données médicales n'étaient communiquées à des tiers qu'exceptionnellement. Cette formulation originelle de l'article 458 est insuffisante quand il est question des différents niveaux d'emploi de données médicales : l'administratif, le contrôle de la qualité, les objectifs de politique, etc. En outre, en cette ère de l'informatique, tant le patient que le médecin perdent le contrôle de la vitesse de traitement des données.

*La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel* (loi « Vie privée ») dispose en son article 7, § 1<sup>er</sup>, que «Le traitement de données à caractère personnel relatives à la santé est interdit. ». Le traitement des données de santé d'un patient est subordonné en principe au consentement du patient. Ce principe souligne le droit de participation et la sensibilité de l'information médicale. Cette loi « Vie privée » prévoit encore d'autres mécanismes de contrôle pour empêcher que l'« information médicale sensible » ne soit jetée en pâture : principe de finalité et de proportionnalité, traitement sous la surveillance d'un praticien professionnel, devoir de discrétion des collaborateurs administratifs, déclaration à la Commission de la protection de la vie privée, sécurisation obligatoire des moyens de transmission, etc. Un droit de consultation et de rectification permet de tenir à jour l'information médicale.

### **Les mots clés de la réussite du concept eHealth : confiance, transparence, participation du médecin et du patient**

L'un des plus grands défis de eHealth est l'exercice d'équilibre qui consiste à faire circuler les données de santé sans nuire à la confiance du médecin et du patient. Pour maintenir la vigilance et garder à l'esprit la sensibilité des données de santé, il faut rappeler à tous les niveaux de la transmission que les données sont issues de la relation de confiance unique entre le patient et le médecin, couverte par le secret professionnel. C'est pourquoi il est évident que l'accès de chacun des acteurs doit être contrôlé et que chaque acteur ne doit avoir accès qu'aux données auxquelles il a droit du chef de sa fonction et uniquement pendant un délai raisonnable. Les figures juridiques de *secret professionnel* « partagé » ou « commun », lesquelles dépendent de la forme de collaboration entre les différents praticiens professionnels, constituent le principe de base du partage de données médicales.



## **Conférence d'experts concernant l'utilisation du placebo dans les études cliniques (São Paulo, Brésil, 1-3 février 2010)**

Pr A. Herchuelz

Dans le bulletin n°125 de juin 2009 vous étaient présentées les modifications introduites dans la dernière version de la Déclaration d'Helsinki (DoH) de l'Association Médicale Mondiale (AMM) datant d'octobre 2008.

Il vous était signalé que quelques jours après sa publication la Food and Drug Administration (FDA) déclarait ne plus accorder sa confiance à la DoH et y substituait la Directive concernant les bonnes pratiques cliniques (Guideline for Good Clinical Practice ou GCP) adoptée par la Conférence Internationale sur l'Harmonisation (International Conference on Harmonisation ou ICH), ce qui en soit pose problème.

Ce en quoi la déclaration de la FDA pose problème, c'est que de nombreuses études cliniques concernant les nouveaux médicaments sont réalisées aux USA et que la DoH n'est donc pas respectée dans ces études...

Le point à l'origine de la rupture concerne bien sûr l'utilisation du placebo. En effet, la dernière version de la DoH précisait les points suivants en matière de placebo :

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

*-L'utilisation de placebo, ou le fait de ne pas administrer de traitement, est acceptable lorsqu'il n'existe pas d'intervention courante avérée ; ou*

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

C'est surtout le dernier paragraphe qui posait problème à la FDA et était la cause de la rupture.

Afin de résoudre le problème, il importait d'agir. C'est ce que l'AMM a fait en organisant une conférence d'experts sur l'utilisation du placebo en expérimentation humaine. Cette conférence a eu lieu à São Paulo, Brésil du 1 au 3 février 2010. Elle réunissait la quasi-totalité des experts en la matière : médecins, philosophes, juristes, méthodologistes en études cliniques et biostatisticiens issus des milieux universitaires ou des organisations internationales concernées, à savoir le Conseil de l'Europe, la Commission Européenne, le Council for International Organizations of Medical Sciences, l'Organisation Mondiale de la Santé, l'Agence Européenne du Médicament, l'Alliance pour les Bonnes Pratiques Cliniques et bien sûr la FDA

En la matière, il n'était pas imaginable de résoudre la problématique en une seule réunion mais d'analyser en profondeur les points de divergence afin d'en déterminer les causes et d'arriver à terme (dans les années à venir) à une reformulation de la DoH faisant l'unanimité.

A l'issue de la conférence, aucune conclusion n'a été tirée mais des pistes de réflexion ont été lancées dans les domaines de la méthodologie, des risques et des dommages, du consentement informé des études contre placebo, et de leurs conditions de réalisation dans les pays en voie de développement.

La piste méthodologique était la plus importante à analyser. En effet, pourquoi la FDA exige-t-elle des études contre placebo pour démontrer l'efficacité d'un nouveau médicament dans une indication précise alors qu'on pourrait réaliser une étude de non-infériorité contre un «contrôle actif» à savoir un médicament existant et déjà utilisé dans l'indication concernée ?

Dans le groupe méthodologie, le représentant de la FDA suggérait qu'un consensus pouvait être trouvé pour reconnaître qu'il y a des circonstances dans lesquelles une étude contre «contrôle actif» risquait de ne pas permettre la démonstration de l'efficacité du nouveau produit ou de la nouvelle intervention. Par exemple lorsque des études préalables du «contrôle actif» contre placebo n'ont pas montré de différence «régulière» vis-à-vis de ce dernier. S'il n'est pas certain qu'un «contrôle actif» est actif, ce qui peut paraître paradoxal, alors effectivement une étude de non-infériorité par rapport à lui pourrait ne conduire à aucune conclusion valide.

Selon le représentant de la FDA, une absence de démonstration régulière de supériorité par rapport au placebo est observée dans de nombreux traitements, exemple dans le traitement de la dépression, de la douleur, des troubles intestinaux fonctionnels, de l'angor, de l'insomnie et de la décompensation cardiaque.

Comment se fait-il que soient disponibles en thérapeutique des produits dont les études contre placebo n'ont pas montré une différence régulière vis-à-vis de ce dernier ? C'est qu'apparemment par le passé, les études négatives n'étaient ni publiées, ni repertoriées, ni soumises à l'enregistrement. Actuellement, toutes les études doivent être déclarées à l'autorité compétente avant d'être entreprises que ce soit aux Etats-Unis ou en Europe (en Europe il s'agit du système EudraCT : voir <https://eudract.emea.europa.eu/>). L'obligation de déclaration des études entreprises est d'ailleurs précisée dans la dernière

version de la DoH (voir le § 19). A l'avenir, il ne sera donc plus possible de dissimuler des études négatives lors de l'enregistrement d'un nouveau médicament.

Le représentant de la FDA poursuit : une autre situation dans laquelle une étude contre «contrôle actif» risque de ne pas permettre la démonstration de l'efficacité du nouveau produit c'est lorsque l'efficacité du «contrôle actif» a été démontrée à une époque où le traitement de l'affection concernée était fort différent de ce qu'il est à l'heure actuelle.

Exemple la décompensation cardiaque. L'efficacité des inhibiteurs de l'enzyme de conversion dans la décompensation cardiaque a été démontrée il y a 30 ans. Depuis lors, la thérapeutique de la décompensation a changé de façon considérable : actuellement, on administre des bêta-bloquants, de la spironolactone, moins ou plus de digitaline. L'inhibiteur de l'enzyme de conversion montrerait-il la même efficacité dans les conditions thérapeutiques actuelles ?

Quoiqu'il en soit, imaginons un promoteur souhaitant réaliser une étude contre placebo dans une situation où une étude contre «contrôle actif» apparaîtrait plus appropriée pour un Comité d'éthique. Il appartiendrait au promoteur de démontrer au Comité d'éthique qu'une étude contre «contrôle actif» ne conduirait à aucune conclusion valide avec comme conséquence qu'une telle étude serait non éthique (exposer inutilement des patients à un nouveau principe actif avec la certitude que l'étude serait négative). Ceci permettrait de convaincre les Comités d'éthique qu'une étude contre placebo est indispensable ou inévitable.

Bien entendu, le fait d'accepter une étude comportant un placebo ou un bras contrôle dans lequel est administré un produit ou une approche ne constituant pas «la meilleure intervention courante avérée» devra s'assortir de conditions supplémentaires telles que l'acceptabilité du risque, l'adéquation du consentement informé, et de considérations supplémentaires si l'étude est réalisée dans des pays ayant des ressources limitées en matière de soins de santé (pays en voie de développement). A titre de conclusion, il a été décidé qu'une révision urgente de la DoH n'était pas nécessaire, mais qu'il y avait lieu de continuer la discussion afin de développer une nouvelle formulation de son § 32 à incorporer dans une révision future de la Déclaration.

Il a aussi été proposé d'organiser une future conférence d'experts sur le sujet en 2011.



## **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.