

# BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

## ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL  
VOL. XVII  
SEPTEMBRE 2010

N° 130

### TABLE DES MATIÈRES

#### EDITORIAL

1 *Dr P. Beke*

#### AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- 2 - Engagement 'd'assistants libres' dans les hôpitaux
- Enregistrement des conversations des patients qui s'adressent au numéro d'appel central du service de garde
  - Recherches menées par la police auprès des institutions hospitalières – Secret professionnel
  - Secret médical à l'égard des services de police dans les hôpitaux
  - Service de garde des médecins généralistes - Obligation de déplacement du médecin de garde
  - Service de garde des médecins généralistes – Proposition de modification de l'art. 9, §1, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé
  - Etiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses
  - Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage
  - Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel
  - Demande d'information supplémentaire au médecin traitant par l'ONEM
  - Consultation par le patient de son dossier médical, établi par un médecin expert
  - La prescription de médicaments « off-label »

#### ETHIQUE MEDICALE ET DEONTOLOGIE

19 Le réseau santé wallon

*Pr A. Herchuelz*

Honorés Confrères,

Les récents avis importants émis par le Conseil national en ses réunions de printemps répondent à diverses questions ancrées dans la réalité du terrain. Ces avis concernent entre autres la question de l'obligation de déplacement du médecin de garde pour une visite à domicile, le secret professionnel et le témoignage en justice, la prescription de médicaments « off-label », le droit de consultation par le patient de son dossier médical établi par un médecin expert, etc.

Le problème de l'obligation de se rendre au domicile du patient pendant le service de garde est régulièrement contesté par les médecins généralistes. Le Conseil national a analysé en profondeur la problématique de l'accessibilité et de la responsabilité du médecin, précisées, entre autres, à l'article 422bis du Code pénal. Il incombe au médecin de s'informer de la demande de soins exactement et en personne.

Une tierce personne peut s'occuper du dispatching d'un appel, mais la responsabilité et la décision appartiennent au médecin de garde en question. Il n'est pas raisonnable de laisser la décision d'accéder ou non à une demande de soins à un tiers, quelle que soit sa qualification. Dans le cadre du service de garde, le Conseil national a déjà attiré l'attention sur la plus-value qualitative d'une consultation au cabinet d'un médecin par rapport à la visite à domicile. Par conséquent, l'obligation de déplacement du médecin généraliste de garde doit être nuancée. Les patients peuvent être instamment invités à se rendre à la consultation au cabinet ou au poste de garde de médecine générale plutôt que d'avoir recours à la visite à domicile. Ceci nécessite une approche pragmatique et un dialogue entre le patient demandeur de soins et le médecin généraliste de garde afin de s'entretenir de la possibilité du déplacement du patient et de se mettre clairement d'accord à cet égard afin que, dans chaque cas spécifique, la demande de soins individuelle reçoive une réponse adéquate.

Un avis du 5 juin attire l'attention sur l'incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage. Le Conseil national maintient son avis antérieur mentionnant qu'il est impossible de remplir en même temps les obligations légales et déontologiques du maître de stage de garantir une formation et la mission légale de médecin-chef. Il est évident que le médecin spécialiste en formation ou le médecin généraliste en formation ne peut pas remplacer le maître de stage lorsque celui-ci accomplit la mission de médecin-chef.

Dans un avis du 26 juin relatif au droit de consultation par le patient de son dossier médical établi par un médecin expert, le Conseil national énonce que la médecine d'expertise relève du champ d'application de la loi relative aux droits du patient et que dès lors le patient a le droit de consulter ce dossier. Dans une procédure civile, puisqu'elle est contradictoire, les parties ont le droit de prendre connaissance de chaque pièce soumise au juge. Dans une procédure pénale, le droit de consultation du dossier peut entrer en conflit avec le principe du secret de l'instruction. Il appartient alors, selon le stade de la procédure, au procureur du Roi, au juge d'instruction ou au juge du fond de déterminer le droit de consultation du dossier médical du médecin expert.

Dans la même sphère, un avis traite du secret médical dans un hôpital vis-à-vis des services de police. Le Conseil national attire l'attention sur la notion de « témoignage en justice », exception légale au secret professionnel à prendre dans un sens restrictif. C'est seulement devant un juge, un juge civil, un juge pénal ou un juge d'instruction, et à sa demande verbale ou écrite, qu'un médecin peut dévoiler, sous serment, une donnée couverte par le secret professionnel. L'audition d'une personne lors de l'information, une enquête de la police sous la direction et l'autorité du procureur du Roi, n'est pas un témoignage en justice au sens de l'article 458 du Code pénal, et les personnes liées par le secret professionnel médical sont donc tenues de ne rien révéler à des agents de police ou à des membres du ministère public lors de la collecte de renseignements pour une information.

Enfin, un avis du 26 juin aborde la prescription de médicaments « off label ». La prescription « off label » est la prescription d'un médicament non enregistré ou dans des indications autres que celles pour lesquelles il a été enregistré. Dans la pratique médicale, des médicaments sont aussi prescrits « off-label » en dehors de l'usage compassionnel (« compassionate use ») ou des programmes médicaux d'urgence (« medical need programs »), ceux-ci étant réglés par la loi. Ce sont surtout des prescriptions en pédiatrie, en gynécologie dans le contexte de la grossesse, ou en gériatrie. La prescription « off label » peut se justifier si l'intérêt du patient prime, à savoir si le médicament semble, au moment considéré, le meilleur traitement, et si elle repose sur des fondements scientifiques et est conforme à la loi relative aux droits du patient. Ce dernier doit être clairement informé à propos de la prescription « off label » et doit donner son accord. Le médecin reste responsable de cette prescription.

*Dr Paul Beke  
Rédacteur en chef*

## REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 17 AVRIL, 8 MAI, 5 JUIN ET 26 JUIN 2010

- Engagement 'd'assistants libres' dans les hôpitaux (17/04/2010)
- Enregistrement des conversations des patients qui s'adressent au numéro d'appel central du service de garde (17/04/2010)
- Recherches menées par la police auprès des institutions hospitalières – Secret professionnel (08/05/2010)
- Secret médical à l'égard des services de police dans les hôpitaux (08/05/2010)
- Service de garde des médecins généralistes - Obligation de déplacement du médecin de garde (08/05/2010)
- Service de garde des médecins généralistes – Proposition de modification de l'art. 9, §1, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé (08/05/2010)
- Etiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses (08/05/2010)
- Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage (05/06/2010)
- Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel (05/06/2010)
- Demande d'information supplémentaire au médecin traitant par l'ONEM (05/06/2010)
- Consultation par le patient de son dossier médical, établi par un médecin expert (26/06/2010)
- La prescription de médicaments « off-label » (26/06/2010)

2

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

### **Engagement 'd'assistants libres' dans les hôpitaux (17/04/2010)**

MOTS-CLES : HÔPITAUX—STAGE  
REFERENCE :  
a130006f

*Un conseil provincial transmet une lettre d'un médecin hospitalier qui demande l'avis du Conseil national concernant l'engagement 'd'assistants libres' dans un hôpital pour des tâches que des assistants en formation accomplissent, et ce pour pouvoir compenser le manque d'assistants.*

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

En sa séance du 17 avril 2010, le Conseil national a terminé l'examen de votre courrier du 27 février 2008 à propos de l'engagement « d'assistants libres » sans plan de stage officiel.

Le Conseil national rappelle que la formation en vue d'obtenir l'agrément comme médecin spécialiste est réglementée par une législation contraignante. Il n'existe pas de possibilité de formation comme médecin spécialiste en dehors des modalités légales. Le concept « assistant libre » ne devrait plus être utilisé, car il est susceptible de donner à tort des espoirs illégitimes aux médecins concernés.

Le 12 mai 2007 (BCN n° 117, p. 3) et le 28 juin 2008 (BCN n°121), le Conseil national a analysé la situation des médecins non spécialistes, au sens usuel du terme, qui remplissent des fonctions de médecin de salle. Le Conseil a relevé l'absence de définition légale de cette fonction, les difficultés liées à leur relation juridique avec les médecins spécialistes de l'hôpital et l'absence de nomenclature INAMI les concernant.

L'attention de madame la ministre de la Santé publique a été attirée sur cette situation. A ce jour, le Conseil national n'a reçu qu'un accusé de réception.

## **Avis du Conseil national du 28 juin 2008 (BCN n °121, a121011)**

### **Engagement d'un omnipraticien pour la fonction de médecin de salle dans un hôpital**

Lettre aux présidents des conseils provinciaux de l'Ordre des médecins.

Avis du Conseil national :

A la suite d'un certain nombre de réactions concernant son avis du 12 mai 2007 (Bulletin du Conseil national n°117, p.3) au sujet des hôpitaux qui engagent un omnipraticien pour assumer la fonction de «médecin de salle», le Conseil national a décidé, en sa séance du 28 juin 2008, d'adapter cet avis sur le plan déontologique.

Dans la première partie de son avis du 12 mai 2007, le Conseil national constate qu'il n'existe pas, à ce jour, de définition légale de la notion de « médecin de salle » dans un hôpital et que, ni la législation relative au statut du médecin hospitalier (loi du 7 août 1987 sur les hôpitaux), ni celle relative à l'agrégation des médecins spécialistes et des médecins généralistes (arrêté royal du 21 avril 1983) ne prévoient la fonction de « médecin de salle ».

Le Conseil national entend par là le médecin qui n'est pas spécialiste au sens traditionnel du terme et qui exerce des fonctions en milieu hospitalier.

C'est pourquoi le Conseil national demande à la ministre de la Santé publique de prendre les initiatives nécessaires en vue d'une définition et d'un statut légal de la fonction du «médecin de salle» dans un hôpital (voir annexe).

Compte tenu, notamment, de la constatation que la répartition des tâches dans les soins de santé se modifie et que davantage de nouvelles missions et fonctions sont assignées aux médecins, le Conseil national estime qu'une collaboration entre un hôpital et un médecin qui exerce la fonction de «médecin de salle» peut être autorisée à condition de respecter un certain nombre de principes déontologiques.

Le «médecin de salle» doit disposer d'une compétence suffisante pour assurer cette fonction. Le contenu des missions du «médecin de salle» doit être adapté à la gravité et la complexité accrues des tableaux cliniques dans les hôpitaux.

Il est essentiel que la supervision soit assurée par un médecin agréé pour la spécialité concernée.

Sous ces conditions, le Conseil national accepte qu'un certain nombre de tâches puissent être confiées au « médecin de salle », notamment :

- la cogestion du dossier ;
- la procédure d'admission ;
- la rédaction d'un plan diagnostique avec un superviseur ;
- la coréalisation de ce plan ;
- le regroupement des résultats et des avis des spécialistes consultés ;
- leur intégration dans les schémas diagnostiques et thérapeutiques ;
- le contrôle de leurs conséquences pour le patient ;
- prendre contact avec le médecin généraliste traitant qui, d'une part, dispose souvent d'informations précieuses pour le déroulement des soins et, d'autre part, assure le suivi du patient après sa sortie de l'hôpital ;
- participation à la formation continue du personnel infirmier et à la meilleure intégration possible du nursing dans les soins médicaux ;
- la rédaction du rapport provisoire de sortie et les différentes démarches administratives nécessaires pour le patient.

Ceci ne peut avoir pour effet de dégager le médecin spécialiste de ses devoirs et responsabilités.

Pour satisfaire au mieux à ces différentes missions, le Conseil national estime que les activités d'un «médecin de salle» sont difficilement cumulables avec celles de médecin généraliste. A cet égard, il rappelle son avis du 12 mai 2007 où il développe en détail les aspects contradictoires et controversés de la combinaison de l'exercice de la médecine générale et de la fonction de «médecin de salle».

Tout contrat de collaboration doit être soumis à l'approbation préalable du conseil provincial. Celui-ci doit veiller à ce que le «médecin de salle» soit membre à part entière de l'équipe et à ce qu'il soit par conséquent également honoré de manière correcte en fonction de ses activités (cf. article 84 du Code de déontologie médicale).

## **Enregistrement des conversations des patients qui s'adressent au numéro d'appel central du service de garde (17/04/2010)**

MOTS-CLES :  
Secret professionnel – Services de garde - Vie privée  
REFERENCE :  
A130007f

Demande d'avis concernant la protection du secret professionnel médical et de la vie privée des patients dans la problématique de l'enregistrement des conversations des patients qui s'adressent au numéro d'appel central du service de garde.

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

En sa séance du 17 avril 2010, le Conseil national a examiné la question soulevée.

Le cercle de médecins généralistes organisateur est responsable de la communication du service de garde à la population (AR 8 juillet 2002, art. 5, 5°-8°), et en particulier aussi du système de communication par un numéro d'appel central du service de garde.

Le Conseil national renvoie à son avis du 1er octobre 2005 (BCN n° 110, p. 8) suivant lequel le personnel non-médecin employé par le service de garde ou concerné par celui-ci est lui-même tenu au devoir de discrétion propre à sa situation professionnelle.

C'est pourquoi le Conseil national estime que tout tiers accueillant des demandes de soins pendant le service de garde doit être lié au cercle de médecins généralistes par un contrat d'emploi stipulant de manière expresse le devoir de discrétion, quel que soit le système de communication utilisé.

Le Conseil national renvoie à son avis du 15 juillet 2006 (BCN n° 113, p. 6) répondant à une question analogue au sujet de l'enregistrement de toutes les communications au service des urgences d'un hôpital.

Le Conseil national avait examiné la législation en la matière (notamment la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel) et avait demandé l'avis de la Commission de la protection de la vie privée.

Le président de cette Commission a renvoyé à l'article 125 de la loi du 13 juin 2005 relative aux communications électroniques (LCE).

En attendant les arrêtés d'exécution prévus par la LCE, et sous réserve que les services de garde de médecins généralistes et le cas échéant les centres de dispatching et/ou les call centers intervenant dans ces services de garde puissent être assimilés aux « services de secours et d'urgence » cités dans la loi, le Conseil national conclut que rien ne permet pour l'instant de procéder à l'enregistrement d'une conversation téléphonique, et maintient son avis négatif en la matière.

## **Recherches menées par la police auprès des institutions hospitalières – Secret professionnel**

(08/05/2010)

MOTS-CLES :

*Déclaration à la police, à la gendarmerie, aux autorités judiciaires—Hôpitaux—Secret professionnel—Soins à domicile*

REFERENCE :

*a130013f*

*Lorsqu'une personne est portée disparue, les hôpitaux refusent de donner toute information puisque celle-ci est couverte par le secret professionnel.*

*Pour éviter une mobilisation inutile des services de police, le secrétaire d'une zone de police demande l'avis du Conseil national concernant la possibilité de communiquer à la police la présence à l'hôpital de la personne recherchée.*

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

En sa séance du 8 mai 2010, le Conseil national a réexaminé la problématique du respect du secret médical dans le cadre des recherches menées par la police auprès des institutions hospitalières, suite à la disparition jugée inquiétante d'une personne.

Son attention s'est portée sur les différents éléments à prendre en considération et plus particulièrement sur l'intérêt du patient et de sa famille, les règles légales et déontologiques en matière de secret médical et l'évitement de recherches inutiles par la police.

De cette discussion approfondie et compte tenu des règles légales en la matière, il ressort que le Conseil national confirme son avis du 24 avril 1999 concernant l'Admission dans un hôpital psychiatrique - Communication à la police ou au procureur du Roi (BCN n°85, p. 10).

## **Secret médical à l'égard des services de police dans les hôpitaux**

(08/05/2010)

MOTS-CLES :

*Déclaration à la police, à la gendarmerie, aux autorités judiciaires—Hôpitaux—Secret professionnel—Témoignage en justice*

REFERENCE :

*a130014f*

*La police fédérale a adressé à tous les hôpitaux d'une province un avis de recherche pour un patient qui est probablement l'auteur d'un délit. Le service médiation d'un hôpital général a demandé au conseil provincial si le fait de répondre à cet avis ne porte pas atteinte au secret médical.*

*Le conseil provincial concerné transmet copie de leur réponse au Conseil national.*

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

En sa séance du 8 mai 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 12 janvier 2010 par laquelle vous lui faites part de la réponse que vous avez adressée au service de médiation d'un hôpital.

A juste titre, vous rappelez dans cette lettre le nécessaire respect du secret médical à l'égard des services de police, dans les circonstances de l'espèce.

Il souhaite toutefois attirer votre attention sur le point suivant.

La notion de témoignage en justice, qui constitue une exception légale au secret professionnel visé par l'article 458 du Code

pénal, doit être entendue d'une manière restrictive. C'est uniquement devant un juge (civil, pénal ou d'instruction) et à la demande orale ou écrite de ce dernier qu'un médecin peut révéler, sous serment, une information couverte par le secret professionnel.

C'est en leur qualité d'officier de police judiciaire que le procureur du Roi et ses substituts recherchent et constatent les infractions.

L'audition d'une personne, dans le cadre de l' « information préliminaire » (c'est-à-dire l'enquête de la police sous la direction et l'autorité du procureur du Roi) ne constitue pas un témoignage en justice au sens de l'article 458 du Code pénal.

Dès lors, les personnes tenues au secret professionnel médical ont, sauf exceptions légales, l'obligation de se taire devant les fonctionnaires de police ou les membres du ministère public qui recueillent des renseignements dans le cadre de l'information préliminaire (1).

(1) FRANCHIMONT, M., Manuel de procédure pénale, 2ème édition, Larcier, p. 291.

BOSLY, H., VANDERMEERSCH, D., Droit de la procédure pénale, 4ème édition, la Charte, p. 392.

## **Service de garde des médecins généralistes - Obligation de déplacement du médecin de garde**

(08/05/2010)

MOTS-CLES :

Garde médicale — Médecin généraliste

REFERENCE :

a130015f

Concernant l'organisation des services de garde en médecine générale, le Conseil national a examiné une prise de position du docteur X. (MGAction et UMGB - Union des Médecins Généralistes Borains), traduite dans des documents juridiques (1) et des articles de la presse médicale (Journal du Médecin n° 2045 - 11/12/2009 et Artsenkrant n° 2048 - 22/12/2009) : « le remplacement de l'obligation de déplacement du médecin généraliste de garde par un système de triage des appels sous la responsabilité de l'Etat (TASRE - triage des appels sous la responsabilité de l'Etat) effectué par des call centers présentant les garanties nécessaires à une bonne administration des soins ».

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

En sa séance du 8 mai 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique des services de garde - en particulier l'obligation de déplacement du médecin généraliste de garde - sur la base de documents juridiques et d'articles de la presse médicale soumis par le docteur X, qui propose des alternatives visant un triage des appels par des call centers sous la responsabilité de l'Etat.

Cette information est examinée à la lumière des dispositions actuelles du droit pénal et du droit civil, et par rapport à la législation médicale et à la déontologie.

#### **1. Droit pénal**

La piste de réflexion avancée du point de vue juridique est que, si le médecin généraliste ne reçoit pas lui-même l'appel téléphonique, il ignore totalement la situation du patient tant que la personne ayant pris l'appel ne lui a pas fait rapport. Si la personne ayant pris l'appel décide que la situation « n'est pas grave » et qu'il n'y a pas lieu d'envoyer un médecin généraliste sur place, le médecin généraliste ne sera pas averti et ne connaîtra pas l'existence d'un éventuel péril grave. Les conditions de l'article 422bis du Code pénal (obligation de venir en aide) ne seraient donc pas remplies dans le chef du médecin généraliste.

La proposition de départ est donc de contourner juridiquement la charge et la responsabilité légale du médecin généraliste de garde au sens de l'article 422bis en érigeant une barrière de fait entre le patient (ou son entourage) et le médecin généraliste de garde par la création d'une sorte d'étape intermédiaire (centre de dispatching ou call center où un « tiers » traiterait et trierait les demandes de soins). Dans ce schéma, le médecin généraliste de garde ne peut plus prendre acte personnellement de la « situation qui lui est décrite par ceux qui sollicitent son intervention (...) et il ne pourra être puni lorsque les circonstances dans lesquelles il a été invité à intervenir pouvaient lui faire croire au manque de sérieux de l'appel ou à l'existence de risques ».

- Une première question est de savoir si, dans l'esprit de l'article 422bis et au regard des responsabilités inhérentes, un médecin généraliste de garde peut se rendre « injoignable » de manière aussi permanente en confiant systématiquement à un « tiers » la gestion (réception et appréciation) des demandes de soins de ceux qui sollicitent son aide et/ou se décharger sur lui des éventuels problèmes.

L'applicabilité de l'article 422bis aux médecins (2) est cependant évidente (cf. jurisprudence). En outre, l'obligation de venir en aide pèse d'autant plus dans le cadre de l'exercice du service de garde par rapport aux médecins qui ne sont pas de garde (et qui justement peuvent invoquer une circonstance atténuante en raison précisément de l'existence d'un service de garde).

En tout cas - et certainement lorsqu'il assume un service de garde - un médecin ne peut se mettre dans l'impossibilité d'évaluer (de pouvoir évaluer) la gravité d'un danger parce que l'expertise dans l'aide à apporter est un facteur important dans ce cadre.

Le médecin ne peut se contenter d'une description de la situation par celui qui sollicite son aide (même pas par l'intermédiaire

d'un confrère) ; au contraire, le médecin doit « activement » recueillir des informations, et doit juger de la situation de la manière la plus précise. Il est attendu du médecin qu'il s'informe exactement et qu'en cas de doute (ex. appels téléphoniques confus), il se rende sur place.

Dans le fonctionnement du service de garde - et dans le contexte de l'article 422bis - la distinction entre « venir en aide » et « procurer une aide » a de l'importance (3) : dans le premier cas, c'est agir soi-même, dans le deuxième, c'est faire appel à un tiers et encore, après avoir apporté les premiers soins.

Le fait de se rendre « injoignable » est possible uniquement pour les médecins qui ne sont pas de garde, précisément parce qu'il existe un service de garde et qu'ils y font appel pour la continuité des soins.

- Une deuxième question est de savoir si l'utilisation du procédé rend impossible l'application de l'article 422bis au médecin généraliste qui « preste » la garde et au cercle de médecins généralistes « organisateur », et ce qu'il en est de la responsabilité de ce « tiers ».

La plupart des cercles de médecins généralistes travaillent avec un système d'appel unifié local. L'appel est reçu, soit directement par le médecin généraliste de garde lui-même, soit indirectement par l'intermédiaire d'un opérateur qui, sans triage des soins mais en décrivant la demande de soins, en fait la communication standardisée et immédiate au médecin généraliste de garde. Parfois, le médecin généraliste de garde peut alors contacter lui-même le patient et recueillir des informations complémentaires (plus) directes.

Dans les deux cas, le médecin généraliste de garde reste « joignable » et porte l'entière responsabilité de l'exécution de la demande de soins et de l'obligation de venir en aide conformément à l'article 422bis.

En revanche, dans le système suggéré d'un centre de dispatching ou d'un call center, la demande de soins y est reçue et appréciée au téléphone par un « tiers » sous l'angle de la gravité et de l'exécution : ce tiers décide du déplacement éventuel du médecin généraliste.

La qualification de ce « tiers » est en discussion : un médecin ou non ? L'appréciation systématique d'un problème médical - ou même la réalisation d'un diagnostic et la mise en relation ou non avec un acte ou un traitement - peut-elle être considérée comme un « exercice (illégal) de la médecine » ?

Reste la problématique connue de l'appréciation au téléphone (4) d'un problème médical sans pratiquer un examen (consultation/avis par téléphone), même si l'appel est reçu par un médecin.

La communication de la demande de soins ou du problème médical au médecin généraliste de garde est certainement problématique dans le système proposé et recouvre apparemment aussi la possibilité d'un « refus » d'envoyer un médecin généraliste de garde et donc que ce médecin généraliste ne soit pas informé (cf. la cause de justification « légale » de l'article 422bis).

Il existe un « triage » téléphonique des appels médicaux urgents par le service « 100 ». Ceci relève de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente. Mais par le « 100 », une suite utile est en tout cas donnée à chaque appel et l'opérateur a même un droit de réquisition (article 4) : « Sur demande du préposé du système d'appel unifié adressée personnellement à un médecin, celui-ci est tenu de se rendre à l'endroit qui lui est indiqué et d'y porter les premiers soins nécessaires aux personnes visées à l'article premier ».

Le principal problème qui persiste est celui de la responsabilité de cette « tierce » personne intervenant systématiquement dans une étape intermédiaire entre le patient demandeur de soins et le médecin généraliste de garde, et qui est aussi chargée du triage des demandes de soins et de la décision d'envoyer ou non un médecin généraliste.

- La question qui suit est de savoir par qui l'organisation sera prise en charge le cas échéant: l'Etat (personne publique) ou une personne morale de droit privé (personne privée) ?

L'analyse juridique communiquée fait apparaître que la première option, l'organisation d'un TASRE (tri des appels sous la responsabilité de l'Etat), n'est pas une évidence.

La deuxième option est la création de centres de dispatching ou de call centers par des personnes morales de droit privé. L'analyse fait allusion à l'endossement par ces « personnes morales » de la responsabilité de la « tierce » personne (membre du personnel) assurant la réception téléphonique et l'évaluation de demandes de soins : ces personnes morales pourraient supporter la responsabilité sur la base d'une mauvaise gestion structurelle.

Les documents juridiques communiqués renvoient, dans le cadre de la création de centres de dispatching ou de call centers et de la possibilité d'un triage des soins par un « tiers », au cadre légal des cercles de médecins généralistes, à savoir l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes, article 5, 8° (complété par l'arrêté royal du 9 décembre 2004 modifiant l'arrêté royal du 8 juillet 2002 précité) « L'utilisation éventuelle d'un système d'appel unifié se fait conformément aux articles 2, 5°, et 4 de l'arrêté royal du 4 juin 2003 fixant les conditions [...] une intervention financière dans le fonctionnement des cercles de médecins généralistes agréés [...] ».

Il ressort de la lecture de ces arrêtés royaux que ces conclusions sont erronées tant sur le plan structurel que sur le fond et sont à tort extrapolées à un système de centres de dispatching ou de call centers avec un triage des soins.

Comme déjà souligné, la plupart des cercles de médecins généralistes ont leur propre système d'appel unifié local. Le cercle reçoit un financement de base pour ses missions, mais non pour ce système d'appel unifié ; il peut cependant obtenir un « financement complémentaire » pour la mise en place d'un système d'appel unifié (dans la zone de soins d'un ou plusieurs

centres agréés), entre autres, si «le système d'appel unifié est organisé en collaboration réciproque avec d'autres disciplines professionnelles de première ligne sur une base contractuelle ».

Premièrement, sur le plan structurel, il est clair que ce « système d'appel unifié » est et reste entièrement géré par le cercle de médecins généralistes asbl organisateur et demeure sous sa responsabilité, et qu'il n'est ouvert à d'autres disciplines professionnelles de première ligne que sur une base contractuelle (!).

Deuxièmement, sur le fond, il n'est question à aucun moment d'un quelconque triage médical des soins, mais le cas échéant uniquement d'un « dispatching » de l'appel - au sens d'un simple « renvoi » - vers la ou les discipline(s) professionnelle(s) de première ligne sollicitées.

## 2. Droit civil

L'organisation du service de garde de médecins généralistes est une attribution des cercles de médecins généralistes. L'arrêté royal du 8 juillet 2002 précité définit sous la Section II., article 5, les normes auxquelles le cercle de médecins généralistes doit répondre, en particulier, à l'article 5, 3° : élaborer son règlement interne pour le service de garde et à l'article 5, 5° : le service de garde sera communiqué clairement à la population, ce par quoi il faut entendre à la fois le système et les modalités de la communication avec la population.

Le cercle de médecins généralistes asbl est l'organisateur légal, le médecin généraliste local, l'exécutant. Il y a entre eux un « lien contractuel » matérialisé par le règlement interne du service de garde, contrôlé et approuvé par la commission médicale provinciale et le conseil provincial de l'Ordre.

La responsabilité civile se situe donc dans l'exécution exacte de la mission « contractuelle » du service de garde à laquelle sont parties, le cercle de médecins généralistes et le médecin généraliste de garde, et en outre, tous les médecins généralistes locaux puisqu'il font appel au service de garde (tant pendant les week-ends et jours fériés que pendant la semaine, pour la continuité normale des soins), et enfin les médecins généralistes et le cercle de médecins généralistes ensemble vis-à-vis de la population (service de garde) et/ou du patient individuel (continuité des soins).

Le service de garde des médecins généralistes - de la première ligne - est cependant chargé surtout de la dispensation régulière et normale des soins, et non pas en premier lieu de l'« aide médicale urgente » (AMU dont l'organisation entre dans un cadre légal à part et qui fait partie de la deuxième ligne), ce qui est la contradiction fondamentale dans les projets pilotes « 1733 » et autres (cf. ci-dessous).

C'est pourquoi il faut émettre des réserves quant à une approche trop exclusive de la responsabilité en ne se plaçant que du point de vue de l'obligation de venir en aide (article 422bis Code pénal), encore que bien entendu applicable en fonction de la gravité de la demande de soins.

## 3. Législation médicale

La base du service de garde des médecins généralistes est l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, article 8, § 1<sup>er</sup> (continuité des soins) et article 9 (institution de services de garde) : les deux articles ont pour but commun de garantir la disponibilité et la joignabilité des médecins (5).

- Dans les documents juridiques communiqués, il est suggéré d'adapter l'arrêté royal n° 78, article 9, de manière à définir les normes auxquelles devrait répondre le fonctionnement des systèmes d'appel unifié pendant le service de garde : il s'agirait en particulier de prévoir que les centres de dispatching et les call centers pourraient décider de manière autonome de la nécessité d'envoyer ou non un médecin.

Ce principe correspond au projet « 1733 » qui est, selon l'arrêté royal du 28 novembre 2008 (Charleroi, Centre et Binche, Mons) « un projet d'enregistrement de l'activité de la médecine générale durant les périodes de garde et l'analyse de faisabilité de l'organisation d'un dispatching de la médecine générale sous la coordination d'un regroupement de cercles de médecins généralistes » et est mis en œuvre de la même manière dans le projet « HA-disp » arrêté royal du 5 février 2009 (Bruges), et a récemment été étendu à toute la province du Luxembourg (les arrêtés royaux du 26 janvier 2010). Le but poursuivi est une « régulation médicale des appels à la médecine générale, ainsi que les changements législatifs nécessaires [...] ».

L'un des constats de départ des projets cités « 1733 » et autres est « que le déplacement des médecins généralistes au chevet du patient est dans un certain nombre de cas inutile ou post-posable, et entraîne une perte d'efficacité et un coût élevé, et peut bénéficier d'un triage actif des missions à la manière du tri de moyens mis en place au niveau de la centrale 100 pour les appels à l'aide médicale urgente ».

Le SPF Santé publique propose un nouveau " Numéro d'appel unifié central " organisé par lui et travaillant en collaboration avec les « numéros d'appel unifiés locaux » (des cercles de médecins généralistes de l'arrêté royal 8 juillet 2002 précité, article 5, 8°) selon des protocoles à définir dans le projet.

Le numéro d'appel unifié central du SPF se rapproche étroitement du système d'appel unifié (service 100) organisant l'aide médicale urgente (arrêté royal du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente et portant désignation des communes comme centres du système d'appel unifié), et vise in fine une intégration dans le service 100.

Les projets « 1733 » et autres ont un lien direct avec la « Note de politique générale » (Chambre des représentants - 31 octobre 2008) de la ministre Onkelinx, point 8. « Amélioration de l'aide médicale urgente » (p.38) (Doc 52 1529/005).

Une telle intégration, dans l'organisation de l'« aide médicale urgente » (AMU « 100 »), de tous les appels médicaux, également de ceux destinés aux médecins généralistes dans le cadre d'une « dispensation normale et régulière des soins » tant pendant le service de garde (arrêté royal n°78, article 9) que pour la continuité des soins au quotidien (arrêté royal n° 78, arti-



cle 8, § 1<sup>er</sup>) - avec un régime légal particulier - est à tout le moins contre nature et controversable : pas seulement en raison d'un triage médical des soins présenté comme la norme et en raison de l'éventuelle insertion du médecin généraliste de garde dans le système de l'AMU, mais surtout en raison de l'option prévue de ne pas du tout envoyer un médecin généraliste.

- Le Conseil national renvoie à l'avis du Conseil national du 6 décembre 2008 « Garde de médecine générale : participation obligatoire - déplacement du médecin de garde - triage téléphonique » BCN 123, attirant l'attention sur des points de friction cruciaux en ce qui concerne l'insertion du médecin généraliste de garde dans l'aide médicale urgente.

Si toutefois, un numéro d'appel unifié central analogue est introduit, à l'exemple du service 100, ou même intégré dans celui-ci, il en découlera immédiatement un droit de réquisition analogue de ce régulateur à l'égard du médecin généraliste de garde

- Le Rapport annuel 2006 du service de médiation fédéral « Droits du patient » analyse (pp.58-63) les plaintes portées contre le médecin de garde : la cause de la plainte est toujours la non-intervention du médecin de garde après un appel téléphonique.

(extrait)

« [...] Le service (de médiation) insiste cependant sur l'importance de la confiance que le patient doit pouvoir placer dans un service de garde - amené à offrir un service de qualité - après l'appel téléphonique pour une situation ressentie comme urgente. Un avis du médecin donné par téléphone ne correspond d'aucune manière à une prestation de soins de qualité. [...]

- Le service de médiation fédéral « Droits du patient » se demande également ce que le patient peut comprendre par la définition même de soins de qualité dispensés par un praticien professionnel dans le cadre de la continuité des soins ou bien de l'aide médicale urgente. [...] »

(fin de l'extrait)

L'exécution correcte de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (LDP) joue donc en l'occurrence un rôle essentiel : le patient est la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non, entre autres, à la demande de son représentant (articles 12-15) ou dans une situation de secours d'urgence (article 8, § 5).

8

- Dans son avis du 8 mai 2010, le Conseil national renvoie à quelques droits fondamentaux du patient dans le cadre de la LDP:

LDP. Article 5. « Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. »

Le médecin - également le médecin généraliste en tant que praticien professionnel pendant le service de garde - doit agir, pour dispenser ces prestations de qualité, en conformité avec les normes générales de prudence du droit de la responsabilité civile, et ce en appliquant les critères et les normes scientifiques en vigueur (6)

Pendant le service de garde, le médecin généraliste traite la plupart du temps des patients qu'il ne connaît pas et dont il ne peut dès lors évaluer ni les antécédents médicaux ni le contexte socio-familial. La difficulté est de pouvoir discerner clairement ce que sont des « besoins » médicaux objectifs/objectivables et des « souhaits » plutôt subjectifs.

Il reste hasardeux que des décisions soient prises sur la base uniquement d'une communication à distance (cf. consultations téléphoniques, systèmes de dispatching et/ou de triage) sans un quelconque examen médical sur place du « patient » par le médecin de garde. (Avis du Conseil national du 16 février 2008 « Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires » BCN 120, p. 5 - Avis du Conseil national du 7 juin 2008 « Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires » BCN 121, p. 6 - Les Avis du Conseil national du 6 décembre 2008 « Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 » « Garde de médecine générale : participation obligatoire - déplacement du médecin de garde - triage téléphonique » « Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance » BCN 123).

LDP. Article 6. « Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi. »

Pendant le service de garde, ce libre choix est cependant limité de facto (s'il y a plus d'un médecin généraliste de garde) ou est même inexistant (s'il n'y a qu'un seul médecin généraliste de garde).

Ce fait a un impact considérable sur la relation juridique qui naît entre le médecin et le patient étant donné l'évidente nécessité pour chaque patient de devoir faire appel dans ces circonstances à ce(s) médecin(s) de garde. De ce fait, un contrat de soins devient beaucoup moins facultatif pour les deux parties et donne encore moins la possibilité au médecin généraliste de garde de le refuser.

#### 4. Déontologie

La mission légale du Conseil national est définie par l'arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins. Elle consiste notamment dans l'élaboration des principes et des règles qui constituent le Code de déontologie médicale à propos duquel il est précisé que « Le Code comprend notamment des règles relatives à la continuité des soins, en ce compris l'organisation des services de garde [...] ». (article 15)

Les liens avec la déontologie sont clairement stipulés dans l'arrêté royal n°78 précité.

- Comme déjà mentionné, les deux articles suivants sont complémentaires et définissent la joignabilité et la disponibilité des médecins :

Article 8, § 1<sup>er</sup>. Les conseils provinciaux de l'Ordre des médecins veillent à ce que les médecins se conforment à l'obligation

de continuité des soins.

Article 9, § 1<sup>er</sup>. Les médecins généralistes qui participent aux services de garde doivent « souscrire » au règlement d'ordre intérieur du service de garde et doivent observer les règles déontologiques.

Une mission essentielle des organes ordinaires est la mise à l'épreuve rigoureuse du fonctionnement du service de garde par rapport à la déontologie et au code de déontologie médicale (CDM).

- Article 27 (CDM). Libre choix du médecin par le patient : il est en l'occurrence inévitablement limité par l'organisation pratique du service de garde et une prestation permanente de soins de qualité.

Limitation = le patient n'a pas d'autre choix que de faire appel à ce médecin de garde, si bien qu'il naît un contrat de traitement quasi obligatoire.

Permanence = il est important que la continuité des soins soit assurée en majeure partie par le service de garde.

Prestation de soins de qualité : il s'agit d'un élément essentiel du service de garde, en corrélation avec la loi relative aux droits du patient, qui, dans le cadre de la continuité doit se rapprocher très étroitement de la pratique courante de la médecine générale.

Le groupe professionnel en fixe les conditions dans le règlement interne de la garde.

- Article 28 (CDM). Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.

De même, le médecin peut se dégager de sa mission à condition d'en avertir le patient [...], d'assurer la continuité des soins [...]

Durant le service de garde, le médecin généraliste de garde agit comme « suppléant » des autres médecins généralistes puisque - selon les accords - ils font appel à ce service de garde pour la continuité de leurs soins à leurs patients, et cela au sens large des soins médicaux normaux dispensés couramment au sein de la médecine générale.

Le « refus » dans le cadre du service de garde : le patient fait appel au médecin généraliste de garde précisément parce que celui-ci s'est engagé à assurer la continuité des soins et en porte la responsabilité, si bien qu'un « refus » est dans ces conditions impossible.

- Article 34, § 1<sup>er</sup> (CDM) Tant pour poser un diagnostic que pour instaurer et poursuivre un traitement, le médecin s'engage à donner au patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données actuelles et acquises de la science.

Le médecin généraliste de garde qui se coupe structurellement de toute demande de soins directe des patients et qui de cette manière se rend volontairement et formellement « injoignable » (cf. article 422bis) par le dispatching, laissant à un « tiers » la décision relative aux soins, peut difficilement être considéré comme étant attentif et consciencieux.

Il est injustifiable de laisser à un « tiers » la décision de donner suite ou non à une demande de soins, ou de s'en décharger sur lui, indépendamment de sa qualification (médicale ?).

- Articles 55>57 (CDM) Le secret professionnel

L'introduction d'un « tiers » dans le dispatching de la demande de soins d'un patient est source de problèmes sur le plan du secret professionnel et de la vie privée. Il faut sérieusement se poser des questions au sujet des modalités pratiques d'une situation dans laquelle un « tiers » a la possibilité, dans le cadre de ce type de contacts téléphoniques avec les patients, de demander toutes les « informations médicales » nécessaires et pertinentes afin de pouvoir prendre une décision fondée, par exemple, celle de « faire intervenir un médecin ».

Dans quelle mesure peut-il aussi être demandé à un patient (ou à son entourage) ou exigé d'eux de d'abord répondre à des questions peut-être délicates et/ou indiscrettes d'un « tiers » avant d'obtenir la garantie qu'alors et seulement alors un médecin généraliste de garde exécutera de manière professionnelle cette demande de soins (par une consultation et/ou une visite à domicile)?

- Article 113>118 (CDM) Continuité des soins, service de garde et aide médicale urgente.

Article 116 (CDM) Les modalités de fonctionnement de ces services et leurs rôles de garde doivent être communiqués au conseil provincial.

Article 117 (CDM) L'appréciation des manquements aux règles déontologiques relatives aux services de garde relève de la compétence des conseils provinciaux.

Article 118 (CDM) le médecin ne peut se soustraire à un appel urgent qu'après avoir acquis la conviction qu'il n'y a pas de réel danger [...].

Ceci implique, primo, que le médecin généraliste de garde a réalisé ou a pu réaliser lui-même une appréciation directe de la demande de soins (en l'occurrence de l'appel), et secundo, qu'il prend ou peut prendre lui-même, de manière autonome, la décision d'intervenir.

Ceci cadre totalement avec la problématique juridique de l'article 422bis du Code pénal.

- Article 166 (CDM) Les statuts, contrats et règlements d'ordre intérieur doivent être conformes aux règles de la déontologie médicale.

Toute clause en opposition avec les obligations dérivant pour le médecin du contrat tacite de soins qui le lie à son malade est interdite.

La mise en œuvre d'un système de dispatching central par un « tiers » devra être soumise, le cas échéant, à des conditions déontologiques strictes, si déjà de tels systèmes s'avèrent praticables contractuellement.

En tout cas, les modèles proposés ne semblent pas compatibles avec les obligations déontologiques du médecin généraliste de garde - et avec le contrat de traitement inhérent entre médecin et patient.

- Article 181 (CDM) Les médecins qui pratiquent la médecine de groupe ou qui travaillent dans les équipes dont font partie des collaborateurs médicaux, veilleront à ne pas faire accomplir à ces derniers des actes qui sortiraient du cadre de leur compétence.

La qualification et les compétences exactes du « tiers » dans un système de dispatching central sont pour l'instant imprécises. Etant donné le triage de « problèmes médicaux », la question doit être soulevée de l'exercice illégal de la médecine visé à l'article 2, § 1<sup>er</sup>, et § 2, de l'arrêté royal n°78 précité :

« [...] tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé [...] ».

## Conclusion

Le Conseil national est conscient de l'existence de problèmes pratiques relatifs à l'organisation du service de garde de médecins généralistes. L'élaboration de solutions nécessite toutefois une analyse très approfondie des diverses causes et conséquences possibles en tenant compte des angles d'approche complexes esquissés ainsi que des charges et responsabilités tant sur le plan légal que déontologique.

La déontologie joue en l'occurrence un rôle fondamental, d'une part, parce que les services de garde reposent sur la confraternité et la solidarité entre médecins et d'autre part, parce que les droits du patient requièrent des soins de qualité, a fortiori aussi pendant le service de garde et pour la continuité des soins en l'absence du médecin du patient.

Le Conseil national a déjà souligné, dans le cadre des services de garde (Avis du Conseil national du 21 avril 2007 « Garde de médecine générale » BCN 116, p.9), la plus-value qualitative d'une consultation au cabinet par rapport à une visite au domicile. L'obligation de déplacement dans le chef du médecin généraliste de garde doit par conséquent être nuancée : tout comme dans la pratique médicale courante au quotidien, les patients peuvent être invités activement à se rendre durant le service de garde à la consultation au cabinet ou au poste de garde de médecine générale plutôt que de recourir à la visite au domicile.

Ceci nécessite une approche pragmatique et un dialogue entre le patient demandeur de soins et le médecin généraliste de garde pour ensemble réfléchir aux possibilités/difficultés du (des) déplacement(s), en discuter et en décider clairement de manière à ce qu'une suite utile soit donnée dans chaque cas particulier à la demande de soins individuelle.

- (1) Lettre du 7 décembre 2009 : Marc UYTENDAELE—Marie COOMANS.
- (2) NYS, H., Geneeskundige Recht en medisch handelen, 2005, p. 195, n°s 434 et sv.
- (3) Liber amicorum Jean du Jardin, par Hendrik VUYE, Kluwer, 2001, p. 462 et sv.
- (4) Rechtspraak -en wetgevingsbundel Gezondheidsrecht 2007 (10<sup>ème</sup> édition), p. 200.
- (5) NYS, H., Geneeskundige Recht en medisch handelen, 2005, p. 194, n° 433.
- (6) NYS, H., Geneeskundige Recht en medisch handelen, 2005, p. 194, n° 324 et sv.

## **Service de garde des médecins généralistes – Proposition de modification de l'art. 9, §1, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé**

(08/05/2010)

### MOTS-CLES :

Garde médicale – Médecin généraliste

### REFERENCE :

A130016f

Un Conseil provincial soumet au Conseil national une question de madame Dominique TILMANS, sénatrice

**1. Le premier angle d'approche** de madame Tilmans - à titre de motivation - est la problématique de l'obligation pour le médecin généraliste de garde de se déplacer pendant la garde : selon l'article 9, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, il est seulement question de dispenser des soins tant en milieu hospitalier qu' « à domicile ». Il pourrait être conclu de la lecture de cette disposition que les soins « au cabinet » du médecin généraliste n'ont pas été prévus, et que de ce fait, le déplacement du médecin généraliste « à domicile » est implicitement impératif.

**2. Le deuxième angle d'approche** de madame Tilmans est de faire dépendre exclusivement de « l'appréciation du médecin concerné » la décision du choix d'une consultation au cabinet ou d'une visite à domicile, et donc de se déplacer ou non lors d'une demande de soins pendant le service de garde.

Ceci permettrait de moduler en fonction de la justification médicale la nécessité pour le médecin généraliste de se déplacer. Pour contrer des abus manifestes », le médecin généraliste de garde aurait même la possibilité de répondre par un refus radical sans induire une responsabilité pénale (Code pénal 422bis) pour « non assistance à personne en danger ».

### AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 8 mai 2010, le Conseil national a examiné la demande d'avis de madame D. Tilmans concernant une modification de l'article 9, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78, du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

En ce qui concerne le **premier point**, le Conseil national estime, à la lecture de l'arrêté royal n° 78, article 9, § 1<sup>er</sup>, que le but de l'instauration de services de garde est de garantir à la population « la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile ». Cette dernière précision du texte vise plutôt une distinction entre la médecine spécialisée intramurale de deuxième ligne et la médecine générale extramurale de première ligne.

Dans des avis antérieurs du Conseil national (Avis du Conseil national du 12 décembre 1998 « Gardes en médecine générale » BCN 84, p. 12 - Avis du Conseil national du 16 septembre 2000 « Service de garde des médecins généralistes - Accessibilité - Publication du rôle de garde sur un site Internet » BCN 90, p. 11), il a été souligné que pour garantir la continuité des soins, le médecin de garde doit, d'une part, être joignable et disponible pour ses patients et, d'autre part, disposer d'un cabinet correctement équipé sur le territoire de la garde.

En ce qui concerne la réalisation concrète de l'arrêté royal n° 78, article 9, § 1<sup>er</sup>, (« que des groupements constitués à cet effet peuvent instituer des services de garde »), l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes définit les « Missions » des cercles de médecins généralistes, et dans sa section II, les modalités de l'« Organisation du service de garde de médecins généralistes » ; en particulier, l'article 5, 3°, dispose que le cercle de médecins généralistes doit élaborer son règlement interne pour le service de garde où sont fixées les modalités pratiques relatives à l'organisation et aux engagements entre les prestataires, et que ce règlement doit en outre spécifier les modalités pour le contrôle interne de la qualité.

Le service de garde de population engage donc, sur le plan des charges et de la responsabilité, tant le cercle de médecins généralistes organisateur que le ou les médecin(s) généraliste(s) qui preste(nt) les gardes : toutes les règles légales et déontologiques à ce sujet sont fixées par le règlement interne pour le service de garde, lequel est contraignant et doit être contrôlé et approuvé à la fois par la commission médicale provinciale et par le conseil provincial de l'Ordre compétents.

Ce règlement interne pour le service de garde stipule, entre autres, qu'à l'intérieur d'une zone de médecins généralistes, seuls sont en mesure et ont le droit de participer à la garde les médecins généralistes qui disposent d'un cabinet équipé, cela par analogie avec les exigences déontologiques.

En outre, bon nombre de cercles de médecins généralistes dans les villes et grandes villes ont déjà créé des postes de garde de médecins généralistes disposant de cabinets médicaux correctement équipés. Ces types de projets sont légalement reconnus et subventionnés parce qu'ils contribuent à une plus grande joignabilité, à davantage de visibilité et à une meilleure accessibilité pour la population.

Pour autant que l'expression « à domicile », dans l'article 9, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78, soit (puisse être) source d'imprécision pour l'interprétation à lui donner et permette de la comprendre comme une limitation légale unilatérale (involontaire) des interventions du service de garde de population à des visites à domicile, excluant la possibilité de proposer/effectuer des consultations dans un cabinet, ce n'est pas ce qu'attestent les modalités de fonctionnement des services de garde des médecins généralistes dans la pratique ni leur réalisation dans les faits depuis plus de 40 ans après l'entrée en vigueur de cet arrêté royal n° 78 (10 novembre 1967).

L'arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes détermine au chapitre II, article 10, les « Critères de maintien de l'agrément et du titre professionnel particulier de médecin généraliste » (extrait) :

« 1° [...] Le médecin généraliste agréé dispense ces soins tant au domicile du patient que dans son cabinet et prend en charge les patients sans aucune forme de discrimination. [...] »

4° Le médecin généraliste agréé participe à la garde organisée par les cercles de médecins généralistes, comme prescrit dans l'arrêté royal du 8 juillet 2002 précité.

5° Le médecin généraliste agréé assure la continuité des soins des patients qu'il traite, conformément à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78 précité : dans le cadre de la relation avec ses patients, le médecin généraliste prend toutes les mesures pour que la prise en charge diagnostique et thérapeutique de ceux-ci soit poursuivie sans interruption.

Pendant les périodes dans lesquelles un service de garde de médecine générale n'est pas disponible, le médecin généraliste agréé prend les mesures nécessaires pour organiser la continuité des soins au profit des patients qu'il traite.

6° Le médecin généraliste agréé assure la permanence des soins. La permanence signifie pour les patients l'accès aux soins de médecine générale pendant les heures normales de service. Par heures normales de service, on entend les heures qui ne sont pas prises en compte par l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour payer des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés, [...] ».

De cela il découle que la médecine de première ligne - exercée par les médecins généralistes agréés - dispense des soins tant au cabinet qu'au domicile du patient, et prend en charge les patients sans aucune forme de discrimination (arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010, article 10, 1°).

Dans le cadre de cette continuité des soins assurée par un autre praticien ayant la même qualification légale (arrêté royal n° 78, article 8, § 1<sup>er</sup>), les médecins généralistes agréés font appel de préférence aux services de garde organisés par les cercles de médecins généralistes, auxquels ils sont légalement tenus de participer (arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010, article 10, 4°) et ce tant les week-ends et les jours fériés que pendant la semaine « en dehors des heures normales de service » par des permanences hebdomadaires.

La dispensation des soins médicaux pendant les gardes exclusivement par d'autres médecins généralistes agréés (arrêté ministériel du 1<sup>er</sup> mars 2010) et des MGF (médecins généralistes en formation) est une condition sine qua non étant donné la qualification légale requise. Il est donc évident que, durant tous les services de garde organisés de/par des médecins généralistes agréés, des visites « au domicile » sont possibles et peuvent être nécessaires pour la « dispensation régulière et nor-

male des soins de santé » tout comme des consultations dans un cabinet, car cela constitue par définition la base de la médecine générale.

Ceci a déjà été affirmé antérieurement par le Conseil national (Avis du Conseil national du 6 décembre 2008 « Garde de médecine générale : participation obligatoire - déplacement du médecin de garde - triage téléphonique », BCN 123).

En ce qui concerne le **deuxième point** - l'octroi d'un pouvoir d'appréciation au médecin généraliste de garde pour lui permettre, après évaluation de la demande de soins et pour contrer des abus manifestes, de décider sous sa responsabilité de l'opportunité d'un déplacement - le Conseil national souhaite souligner que la problématique est complexe et qu'elle doit être appréhendée dans un cadre plus large parce qu'elle concerne plusieurs parties impliquées et intéressées : le patient, le cercle de médecins généralistes organisateur, les médecins généralistes locaux et le médecin généraliste qui preste la garde.

1° Le patient a des droits précis en vertu de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (LDP) : il est la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés à sa demande ou non, entre autres, à la demande de son représentant (articles 12-15) ou dans une situation de secours d'urgence (article 8, § 5).

LDP. Article 5. « Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite. »

Le médecin - également le médecin généraliste en tant que praticien professionnel pendant le service de garde - doit agir, pour dispenser ces prestations de qualité, en conformité avec les normes générales de prudence du droit de la responsabilité civile, et ce en appliquant les critères et les normes scientifiques en vigueur.

Toute appréciation individuelle/personnelle du médecin généraliste de garde doit donc être relativisée et doit pouvoir être jaugée à l'aune de ce qui est généralement admis et courant dans le groupe professionnel comme étant l'exercice normal de la profession (en bon père de famille).

Pendant le service de garde, le médecin généraliste traite la plupart du temps des patients dont il ne connaît ni les antécédents médicaux ni le contexte socio-familial. La difficulté est alors de pouvoir discerner clairement ce que sont des « besoins » médicaux objectifs/objectivables et des « souhaits » plutôt subjectifs qui ne nécessiteraient pas une intervention médicale. Il reste hasardeux que des décisions finales soient prises sur la base uniquement d'une communication à distance (cf. consultations téléphoniques, systèmes de dispatching et/ou de triage) en étant fondées indirectement sur une évaluation subjective de plaintes relatées par le patient ou son entourage, parfois imprécises ou plutôt vaguement formulées, sans un quelconque examen médical direct sur place par le médecin de garde. (Avis du Conseil national du 16 février 2008 « Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires » BCN 120, p. 5 - Avis du Conseil national du 7 juin 2008 « Avis d'un médecin par téléphone - Honoraires » BCN 121, p. 6 - Les avis du Conseil national du 6 décembre 2008 « Garde de médecine générale - Modification de l'avis du 4 octobre 2008 » « Garde de médecine générale : participation obligatoire - déplacement du médecin de garde - triage téléphonique » « Garde en médecine générale - Accompagnement d'un patient en ambulance » BCN 123).

Le Conseil national a déjà souligné, dans l'intérêt du patient, la plus-value qualitative d'une consultation au cabinet par rapport à une visite à domicile, notamment pendant le service de garde (Avis du Conseil national du 21 avril 2007 « Garde de médecine générale » BCN 116, p.9). C'est pourquoi un dialogue est recommandé entre le patient et le médecin généraliste de garde afin de discuter ensemble des possibilités et/ou des difficultés de déplacement et de se mettre d'accord clairement à ce sujet. Cela doit permettre de donner dans chaque cas la suite adéquate à la demande de soins.

Ces dernières années, la population a pris conscience qu'il est préférable de se rendre à la consultation pour recevoir des soins médicaux - également du médecin généraliste - et de réserver la visite à domicile aux situations urgentes et/ou exceptionnelles. La statistique révèle donc une diminution des visites à domicile et une augmentation des consultations.

Un certain nombre de patients - des personnes âgées, notamment en MR et MRS en tant qu'environnement remplaçant le domicile - ne peuvent toutefois simplement pas se déplacer, et ce pour des raisons tant médicales que sociales.

LDP. Article 6. « Le patient a droit au libre choix du praticien professionnel et il a le droit de modifier son choix, sauf limites imposées dans ces deux cas en vertu de la loi. »

Pendant la garde de médecine générale, ce libre choix est cependant limité de facto (s'il y a plus d'un médecin généraliste de garde) ou est même inexistant (s'il n'y a qu'un seul médecin généraliste de garde). Ce fait a un impact considérable sur la relation juridique qui naît entre le médecin et le patient étant donné l'évidente nécessité pour chaque patient de devoir faire appel dans ces circonstances à ce(s) médecin(s) généraliste(s) de garde. De ce fait, le contrat de soins devient beaucoup moins facultatif pour les deux parties et donne encore moins la possibilité au médecin généraliste de garde de le refuser.

Si un médecin généraliste de garde écarte un appel et, notamment, « refuse », pour une quelconque raison, d'effectuer une visite à domicile, il se peut que le patient utilise son « libre choix » ou le modifie, et s'adresse directement à la deuxième ligne et aux hôpitaux. En ce cas, il existe un régime légal pour le transport en ambulance d'une part, et d'autre part, l'accès à l'admission d'urgence ne sera aucunement limité étant donné l'obligation d'assistance.

2° Suivant l'arrêté royal n° 78, article 9, § 1<sup>er</sup>, élaboré concrètement par l'arrêté royal du 8 juillet 2002, la deuxième partie est le cercle de médecins généralistes organisateur.

Le cercle de médecins généralistes représente ces derniers (article 3 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002) et compte parmi ses attributions la promotion des soins de santé de première ligne et le travail des médecins généralistes en particulier, ainsi que l'optimisation de l'accès à la médecine générale pour tous les patients de la zone de médecins généralistes.

Cela vaut en particulier pour l'organisation du service de garde définie comme sa deuxième mission. Les modalités du service

de garde sont décrites dans le règlement interne pour le service de garde (article 5, 3° de l'arrêté royal du 8 juillet 2002) « contractuellement » contraignant pour le médecin généraliste de garde puisqu'il doit y « souscrire » (arrêté royal n° 78, article 9, § 1<sup>er</sup>).

Plus spécifiquement, le cercle de médecins généralistes doit communiquer clairement le service de garde à la population (article 5, 5° de l'arrêté royal du 8 juillet 2002) et doit enregistrer et rapporter dans un rapport annuel les plaintes des patients et les plaintes à propos des services (article 7° de l'arrêté royal du 8 juillet 2002).

Les cercles de médecins généralistes (arrêté royal 8 juillet 2002) sont investis par la loi de la charge et de la responsabilité de toutes les missions qui leur sont attribuées, ils jouissent en tant qu'asbl de la personnalité juridique. Le cercle de médecins généralistes asbl exerce dès lors un contrôle direct de toutes les facettes du fonctionnement du service de garde.

3° Les médecins généralistes locaux sont la troisième partie concernée.

Les médecins généralistes participent à l'organisation du service de garde, car ils siègent dans l'assemblée générale du cercle de médecins généralistes, qui fixe en concertation collégiale les modalités concrètes de fonctionnement du service de garde reprises dans le règlement interne pour le service de garde.

Les pratiques de médecins généralistes individuelles et les cercles de médecins généralistes sont parvenus à travailler en symbiose, particulièrement sur le plan de la continuité des soins.

Dans les accords collégiaux, la délimitation entre la permanence pour la patientèle (l'obligation individuelle de continuité des soins (arrêté royal n° 78, article 8, § 1<sup>er</sup>) et le début du service de garde de population (arrêté royal n° 78, article 9) est un élément essentiel (arrêté royal 8 juillet 2002, article 5, 3°- 6° et arrêté ministériel 1<sup>er</sup> mars 2010, article 10, 4°, 5° et 6°) pour la mise en place de la continuité des soins en médecine générale « en dehors des heures normales de service ».

Il s'ensuit de facto que le service de garde de médecins généralistes a la responsabilité tant « de la dispensation régulière et normale des soins » pour la population (arrêté royal n° 78, article 9, § 1<sup>er</sup>) que de la « continuité des soins » (arrêté royal n° 78, article 8, 1<sup>er</sup>) des médecins généralistes individuels.

Ceci implique que ce service de garde doit être le plus proche possible de la pratique quotidienne telle qu'exercée normalement par les médecins généralistes au sein de la première ligne. Si cela n'était plus le cas, les médecins généralistes pourraient être obligés de rechercher d'autres solutions pour répondre à leur obligation individuelle de continuité des soins, indépendamment des services de garde.

4° La quatrième partie est le médecin généraliste qui preste la garde.

Le médecin généraliste de garde exerce dans les limites strictes d'un cadre légal et déontologique qui, comme développé ci-avant, est fixé in extenso dans le règlement interne pour le service de garde du cercle de médecins généralistes organisateur, auquel il doit « souscrire » : il a l'obligation de se tenir à ces dispositions et aux modalités pratiques de fonctionnement pendant la garde.

Durant le service de garde, le médecin généraliste de garde agit comme « suppléant » des autres médecins généralistes puisqu'il - selon les accords - ils font appel à ce service de garde pour la continuité de leurs soins à leurs patients, et cela au sens large des soins médicaux normaux dispensés couramment au sein de la médecine générale.

Le service de garde des médecins généralistes crée donc un schéma évident d'attentes à la fois du patient et du médecin généraliste local tant sur le plan de la joignabilité que de la disponibilité. Du point de vue de la société également, le service de garde des médecins généralistes constitue une nécessité absolue pour la dispensation normale des soins de santé outre l'aide médicale urgente organisée alors en collaboration avec la deuxième ligne.

Le médecin généraliste de garde a, en tant que médecin, toutes les compétences professionnelles telles qu'attribuées et définies par l'arrêté royal n° 78, notamment la liberté diagnostique et thérapeutique. Et l'exécution de cette mission est totalement, d'un point de vue médical, dans le champ de sa responsabilité professionnelle.

L'article 422bis du Code pénal (obligation d'assistance) a une signification particulière en ce qui concerne les médecins, certainement lorsqu'il est fait appel à des médecins généralistes durant le service de garde. Dans ce cadre, la notion de « connaissance du péril grave » est d'un intérêt crucial pour l'appréciation d'un appel téléphonique par le médecin généraliste de garde. Il existe une ample jurisprudence à ce sujet où notamment des médecins ont été condamnés pour s'être abstenus d'aller s'assurer personnellement sur place de la gravité médicale de la situation.

Mais, même pour des appels demandant des soins normaux et non urgents, la responsabilité civile (cf. obligation « contractuelle » via le règlement interne du service de garde) impose le devoir général de prudence, qui peut être attendu de tout médecin généraliste dans l'exercice de la médecine générale, en tant que composante de la « mission » du service de garde de médecins généralistes dans le cadre de la garantie de la continuité des soins.

Dès lors, toute demande de soins adressée au service de garde de médecins généralistes doit être appréciée avec la plus grande prudence - de préférence par le médecin généraliste de garde lui-même - et ce médecin généraliste de garde doit en outre toujours y donner une « suite adéquate ».

Le Conseil national remarque que, dans la proposition de modification de l'arrêté royal n° 78, article 9, § 1<sup>er</sup>, le pouvoir d'appréciation et la décision qui s'y rapporte concernant le choix entre une consultation au cabinet ou un déplacement sont dévolus « exclusivement » au médecin généraliste de garde.

Mises à part les réserves qu'appelle cette « exclusivité » du droit de décision étant donné les autres parties impliquées et

intéressées, une première conclusion sera que *l'offre du choix est duale* et qu'en tout cas, il doit y avoir *une consultation ou une visite à domicile*, et que par conséquent, il peut être conclu de l'actuelle proposition législative qu'*un refus du médecin généraliste de garde* n'est pas une troisième option.

Une deuxième conclusion est que dans les projets, cités par madame D. Tilmans, de « dispatching » par des « tiers » des appels au service de garde de médecins généralistes, dont le projet « 1733 », les modalités de ce dispatching sont opposées au *droit exclusif* préconisé *d'appréciation/de décision par le médecin généraliste de garde*. Ces « tiers » peuvent en outre être médecins ou ne pas l'être, et ils peuvent même ne pas être présents physiquement sur les lieux du dispatching et n'être que « joignables ».

### **Conclusion**

Dans la constellation légale actuelle du service de garde de médecins généralistes, deux parties sont revêtues des charges et responsabilités du service de garde, suivant les modalités prévues par le règlement interne du service de garde : le cercle de médecins généralistes organisateur et le médecin généraliste qui preste la garde.

S'il y a, à l'extérieur du cercle de médecins généralistes, un « dispatching » par des tiers des appels destinés au service de garde de médecins généralistes - quel qu'en soit le modèle ou projet - le modèle organisationnel en vigueur change dans une importante mesure, les charges et responsabilités se répartissent autrement et le contexte juridique devient (encore) beaucoup plus complexe.

Les propositions de loi et/ou projets précités sont porteurs de changements fondamentaux pour le service de garde des médecins généralistes. Aussi, étant donné les angles d'approche et les interactions de diverses législations, le Conseil national estime que ces propositions et projets doivent être étudiés au préalable avec la plus grande attention et avec prudence du point de vue légal et déontologique.

(1) NYS, H., *Geneeskundige Recht en medisch handelen*, 2005, p. 194, n° 324 et sv.

14

## **Étiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses (08/05/2010)**

**MOTS-CLES :**  
*Hôpitaux—Maladies transmissibles—Secret professionnel—Vie privée*  
**REFERENCE :**  
*a130017f*

*Un conseil provincial demande l'avis du Conseil national concernant un étiquetage uniforme public par une étoile ou un code couleur en cas de maladies contagieuses dans un hôpital.*

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

En sa séance du 8 mai 2010, le Conseil national a examiné votre courrier du 30 avril 2009 par lequel vous l'interrogez concernant un étiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses.

Le Conseil national estime cet étiquetage inacceptable, car il conduit à la violation du secret médical, à l'atteinte à la protection de la vie privée et à la stigmatisation du patient. Les visiteurs et les personnes ne participant pas aux soins ne peuvent avoir accès à une telle information.

Lorsque le risque n'existe que pour les personnes impliquées dans les soins, ces personnes doivent s'en protéger en utilisant les mesures de stérilité et d'hygiène universelles, comme elles doivent le faire dans la prise en charge de tout patient.

Lorsque les patients constituent un risque non seulement pour les personnes impliquées dans les soins, mais également pour toutes les autres personnes, y compris les visiteurs, ils font l'objet de mesures d'isolement appropriées, lesquelles indiquent de facto l'existence d'un risque.

En conséquence, le Conseil national ne voit pas de justification à un marquage spécifique et général, d'autant plus que les informations nécessaires concernant le patient sont à la disposition des personnes impliquées dans les soins.

## **Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage (05/06/2010)**

**MOTS-CLES :**  
*Médecin chef - Stage*  
**REFERENCE :**  
*a130020f*

*Un conseil provincial fait remarquer que dans les petites structures hospitalières, l'incompatibilité entre la fonction de médecin-chef et celle de maître de stage, telle que soulignée dans l'avis du Conseil national du 19 décembre 2009, est difficilement praticable.*

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

En sa séance du 5 juin 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné de vos remarques concernant l'avis émis

le 19 décembre 2009 « Compatibilité ou non de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage » (BCN 128), concluant à l'incompatibilité de la fonction de médecin-chef avec celle de maître de stage. Il est évident qu'un médecin, et donc tout autant un médecin-chef, n'exerçant pas une activité clinique dans l'hôpital ne peut pas légalement assurer la fonction de maître de stage.

Vous faites remarquer, à juste titre, que le problème du cumul des fonctions de médecin-chef et de maître de stage se pose principalement dans les petites structures hospitalières où le médecin-chef exerce en partie une activité clinique.

Le but de l'avis émis est d'attirer l'attention sur les obligations légales et déontologiques du maître de stage dans l'optique de la formation adéquate du médecin spécialiste en formation qui lui est attribué. Cette mission d'enseignement est compromise lorsque le maître de stage doit aussi assumer la lourde charge de médecin-chef définie par la loi.

Il va sans dire que le médecin spécialiste en formation ne peut pas être le suppléant de son maître de stage lorsque celui-ci assume la fonction de médecin-chef.

Le Conseil national renvoie à la motivation de l'avis qu'il a émis et maintient sa position.

## **Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel** (05/06/2010)

*MOTS-CLES :*

*Mineurs d'âge – mutilation – Patients de nationalité étrangère – Secret professionnel*

*REFERENCE :*

*a130021f*

*Dans le cadre de l'octroi du statut de réfugié, des médecins sont sollicités afin de remplir un modèle de formulaire à transmettre au Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) et renfermant des informations sensibles.*

*Il est demandé au Conseil national de clarifier les obligations déontologiques en rapport avec ce type de question.*

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

En sa séance du 5 juin 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la procédure qui, en vertu des dispositions de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers, permet l'octroi du statut de réfugié à des personnes qui subissent ou courent le risque de subir des « actes dirigés contre des personnes en raison de leur sexe ».

L'exposé des motifs indique que la mutilation génitale est également visée.

Depuis 2007, des demandes d'asile sont motivées, dans des proportions importantes pour certaines nationalités, par la menace d'une mutilation génitale dans le pays d'origine. L'expérience a montré toutefois que l'octroi du statut de réfugié ne garantit pas qu'une mutilation génitale ne puisse quand même être infligée à la fillette sur le territoire européen ou encore lors d'un séjour dans le pays d'origine.

Le Commissariat général aux réfugiés et apatrides (CGRA) a reçu la compétence de vérifier si les circonstances ayant conduit à l'octroi du statut de réfugié sont toujours d'actualité.

A cette fin, le CGRA a élaboré une procédure de contrôle permettant le suivi de l'intégrité physique des personnes réfugiées qui ont obtenu l'asile en raison de la menace d'une mutilation génitale. Ces personnes sont invitées chaque année à subir un examen médical. Le CGRA propose une liste non limitative de médecins familiarisés avec cette problématique. Il est demandé au médecin consulté de remplir et signer un certificat médical préimprimé attestant l'absence ou le type de mutilation génitale. Ce document doit être transmis par les réfugiés à l'administration du CGRA où le dossier est traité par une personne familiarisée avec la problématique. Sur la base des documents transmis, cette dernière juge s'il y a absence de lésions dues à une mutilation et si le statut de réfugié peut être prolongé. Les documents sont joints au dossier d'asile du ou des parents.

Le Conseil national estime que la communication de ces données sensibles à un non-médecin de l'administration n'est ni acceptable ni nécessaire. Le dossier médical, les croquis ou la documentation photographique doivent être conservés sous la responsabilité des médecins consultés dans le cadre de cette procédure. Ces médecins ne doivent rien communiquer de plus au CGRA que le strict nécessaire à l'objet de cet examen médical, à savoir la simple conclusion que la condition de prolongation de l'asile est ou non remplie. Des informations plus précises ne peuvent être fournies qu'en cas d'absolue nécessité, pour permettre la compréhension et l'utilisation de la conclusion par l'administration.

Le Conseil national attire également l'attention sur le fait que l'exercice du droit de consultation du dossier médical peut dans ce contexte s'avérer délicat et que cela appellerait une réglementation spécifique en conformité avec l'article 15, § 1er, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Le Conseil national estime en outre qu'il est opportun de définir les critères de la sélection des «médecins familiarisés avec la problématique de la mutilation génitale», de donner à ces médecins un statut et de dresser une liste suffisamment étoffée de praticiens qui permette un choix au patient et à sa famille.



## **Demande d'information supplémentaire au médecin traitant par l'ONEM** (05/06/2010)

MOTS-CLES :  
Certificat — Médecin traitant — Secret professionnel  
REFERENCE :  
a130022f

*Un médecin-coordonateur de l'ONEM contacte le Conseil national concernant le secret médical du médecin traitant d'un assuré social pour délivrer, à la demande d'un médecin agréé de l'ONEM, des informations complémentaires.*

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

En sa séance du 5 juin 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 31 mars 2010 concernant les médecins agréés ONEM et le secret médical.

Si le médecin agréé remet au demandeur d'emploi une demande d'information complémentaire à faire remplir par le médecin traitant, le certificat demandé est alors de nature à permettre au patient d'obtenir des avantages sociaux. Dans ce cas, l'article 67 du Code de déontologie médicale est applicable.

Cet article dispose :

*Le médecin a le droit mais non l'obligation de remettre directement au patient qui le lui demande un certificat concernant son état de santé. Le médecin est fondé à refuser la délivrance d'un certificat. Il est seul habilité à décider de son contenu et de l'opportunité de le remettre au patient.*

*Lorsque le certificat est demandé par le patient dans le but de lui permettre d'obtenir des avantages sociaux, le médecin est autorisé à le lui délivrer en faisant preuve de prudence et de discrétion dans sa rédaction ou éventuellement à le transmettre, avec son accord ou celui de ses proches, directement au médecin de l'organisme dont dépend l'obtention des avantages sociaux.*

10

## **Consultation par le patient de son dossier médical, établi par un médecin expert** (26/06/2010)

MOTS-CLES :  
Dossier médical - expertise  
REFERENCE :  
a130028f

*Le Conseil national est régulièrement interrogé sur le droit d'accès du patient au dossier médical le concernant, établi par un médecin expert.*

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

Avis sur la consultation par le patient du dossier médical du médecin expert

Le Conseil national est régulièrement interrogé sur le droit d'accès du patient au dossier médical le concernant, établi par un médecin expert dans le cadre d'une procédure pénale.

Il lui a dès lors paru nécessaire de solliciter l'avis du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, lequel a saisi la Commission fédérale « Droits du patient ».

L'avis du ministre de la Justice a également été obtenu.

La Commission fédérale « Droits du patient » a rendu le 9 octobre 2009 son avis, intitulé « avis concernant la consultation du dossier médical tenu par le médecin-expert dans le cadre d'une affaire pénale ».

Cet avis, accessible sur le site <https://portal.health.fgov.be>, est repris en annexe.

Concernant la matière civile, le Conseil national rappelle les principes suivants.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à la médecine d'expertise (1).

Le patient est la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non (art. 2, 1°).

Les soins de santé sont définis comme étant des services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie (art. 2, 2°).

Enfin, il existe un rapport juridique, contractuel ou extracontractuel, de droit privé ou de droit public entre le patient et le médecin expert chargé d'une expertise le concernant (art. 3).

La médecine d'expertise entrant dans le champ d'application de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, celui-ci a

le droit de consulter le dossier tenu par le médecin expert (art. 9).

Dans le cadre d'une procédure civile, l'expertise est contradictoire (art. 973 du Code judiciaire), ce qui implique notamment que les parties ont la faculté de prendre connaissance de toute pièce présentée au juge.  
Dans le cadre d'une procédure pénale, le droit de consultation du patient du dossier de l'expert peut être confronté au principe du secret de l'instruction et aux spécificités du droit répressif.

C'est sur ce point précis que porte l'avis du 9 octobre 2009 de la Commission fédérale « Droits du patient ».

Sur la base d'une analyse jurisprudentielle, la Commission fédérale « Droits du patient » distingue les règles applicables à l'expertise en matière pénale en fonction des phases de la procédure pénale (information, instruction, jugement) et des intérêts en cause (action publique et intérêts civils).

Il ressort notamment de son analyse que c'est au procureur du Roi, au juge d'instruction ou au juge du fond, selon le cas en fonction du stade de la procédure, qu'il revient de permettre l'accès au dossier médical tenu par le médecin expert.

(1) Cf. : Projet de loi du 19 février 2002 relatif aux droits du patient, Doc. parl., Ch. repr., 2001-02, n° 50-1642/001, pp. 16-17 ; Doc. parl., Ch. repr., 2005-2006, doc. 51 2594/001, p. 78 ; Cour du travail de Bruxelles, 5 mars 2009, R.G. n° 50.697.

## **La prescription de médicaments « off-label » (26/06/2010)**

MOTS-CLES :  
Médicaments - Prescriptions  
REFERENCE :  
a130029f

*Un Conseil provincial demande l'avis du Conseil national au sujet de la prescription de médicaments « off-label ».*

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

Concerne : votre lettre du 12 novembre 2009 relative à la prescription de médicaments « off-label ».

En sa séance du 26 juin 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné deux questions posées par madame ... concernant la prescription de médicaments « off-label » :

- 1) Les médecins qui prescrivent en Belgique des médicaments « off-label » sont-ils tenus d'en informer le patient ? Dans l'affirmative, quelle information doivent-ils donner ?
- 2) Qui est juridiquement responsable dans le cadre de la prescription de médicaments « off-label » ?

La prescription « off-label » vise la prescription d'un médicament non enregistré ou la prescription d'un médicament en dehors des indications pour lesquelles il a été enregistré.

Il convient de s'arrêter d'abord aux dispositions réglementaires et légales concernant la mise à disposition de médicaments pour lesquels il n'y a pas eu d'autorisation de mise sur le marché,...

Il s'agit en l'occurrence

- des traitements compassionnels (« compassionate use ») ;
- des programmes médicaux d'urgence (« medical need programs »).

La procédure pour les deux situations est réglée de manière précise par la loi. Dans de nombreux cas, les affections en question altèrent sévèrement la santé et constituent souvent une menace vitale.

Mais dans la pratique médicale, des médicaments sont aussi prescrits « off-label » en dehors de l'usage compassionnel ou des programmes médicaux d'urgence. Le cas est fréquent dans certaines populations, en particulier chez l'enfant, la femme enceinte et le patient âgé. Les dosages adéquats et les effets secondaires pour ces populations de patients ne sont en grande partie pas connus. Des médicaments sont parfois aussi prescrits « off-label » dans d'autres cas et pour certaines pathologies.

Le Conseil national estime que la prescription « off-label » d'un médicament peut se justifier si l'intérêt du patient prime, à savoir si le médicament en question est le meilleur traitement au moment considéré. Néanmoins, cette prescription doit reposer sur des fondements scientifiques et être conforme à la loi relative aux droits du patient.

Le patient ou son représentant doit être informé à propos de la prescription « off-label », des effets secondaires ainsi que des avantages et inconvénients du médicament. Dans des usages documentés scientifiquement mais non encore confirmés en pratique clinique courante, le patient doit donner son accord.

En ce qui concerne la deuxième question relative à la responsabilité dans le cadre de la prescription de médicaments « off-label », le Conseil national estime que le médecin est responsable de la prescription.

- (1) Comité consultatif de bioéthique : avis n°47 du 9 mars 2009 relatif aux implications éthiques de la législation concernant les programmes d'usage compassionnel (compassionate use) et les programmes médicaux d'urgence (medical need).

- (2) Directives européennes 201/82/CE et 2001/83/CE.
- (3) Règlement (CE) n°726/2004.
- (4) Loi du 1<sup>er</sup> mai 2006 portant révision de la législation pharmaceutique (Moniteur belge, 16.05.2006).

## **Le Réseau Santé Wallon**

Pr A. Herchuelz

Le réseau Santé Wallon (RSW) vise à interconnecter les dossiers médicaux informatisés des médecins, pour faciliter la continuité des soins. Les médecins et les patients y participent sur une base volontaire. Le système couvre la Wallonie, s'étend à la région bruxelloise et devrait s'ouvrir à la Flandre en 2010. Tous les mécanismes de sécurisation sont mis en place pour assurer la confidentialité des données.

Les médecins qui disposent d'un serveur (typiquement le médecin hospitalier) peuvent déclarer, avec l'accord du patient, certains de leurs documents (résultat de radiologie, rapport d'hospitalisation, rapport de consultation, ...) au serveur du RSW. Les documents restent dans l'hôpital.

Les médecins qui ne disposent pas d'un serveur (typiquement le médecin généraliste) peuvent déposer, avec l'accord du patient, leurs documents (un dossier résumé d'urgence par exemple) sur le serveur central.

Les médecins qui soignent le patient créent en accord avec celui-ci, un lien thérapeutique qui les lie tous les deux dans le système (Le Dr X suit le Patient Y en consultation du 01/01/2010 au 30/06/2010). Une fois ce lien établi, le médecin peut prendre connaissance depuis son propre Dossier Médical Informatisé des documents qui auront été déposés ou déclarés par les autres médecins. En définitive, et sous réserve de l'accord du patient, chaque médecin qui soigne celui-ci peut accéder à un dossier médical alimenté par tous les médecins qui soignent le patient. Les objectifs du projet sont clairement détaillés dans les spécifications (.pdf - 850 Ko) publiées le 31/10/2006. Pour tout autre détail voir <http://www.reseausantewallon.be>. Dans le cadre du déploiement du RSW, un Comité de surveillance indépendant a été mis sur pied le 24 septembre 2009. En sont membres les personnalités suivantes :

Commission Fédérale "Droits du patient" :	Professeur Geneviève SCHAMPS
Ligue des Usagers des Services de Santé ASBL :	Madame Micky FIERENS
Conseil National de l'Ordre des Médecins :	Professeur André HERCHUELZ
Académie Royale de Médecine :	Professeur Adelin ALBERT
Société Scientifique de Médecine Générale :	Docteur Thomas ORBAN
Association francophone des Médecins-chefs :	Docteur Quentin DULIERE
FUNDP - Faculté de Droit :	Professeur Yves POULLET
FUNDP - Faculté d'Informatique :	Professeur Jean-Noël COLIN
Secrétariat (FRATEM) :	Docteur Philippe JONGEN

Le Comité a comme mission de vérifier la conformité des activités du Réseau Santé Wallon par rapport à son Règlement interne et au respect de la Vie Privée.

Fin décembre 2009, le bureau du Conseil National de l'Ordre des Médecins a approuvé le concept RSW. Suite à cette approbation, nous avons demandé au Chef de Projet du RSW, le Dr André Vandenberghe, de nous présenter en quelques mots le RSW, ce que vous trouverez ci-dessous.

## ***Le Réseau Santé Wallon: un projet pensé, créé et piloté par les médecins pour soutenir l'amélioration de la continuité des soins***

### **Contexte**

Les technologies, l'organisation, le savoir ne cessent d'évoluer dans le domaine de la santé. Le maintien d'une pratique médicale de qualité passe notamment par la coordination et la maîtrise de données de santé en provenance des nombreux intervenants : médecins hospitaliers, médecins ambulatoires, laboratoires, paramédicaux, patients, ...

L'informatique est entrée dans les hôpitaux en premier lieu pour gérer les données administratives et financières. Progressivement, de nouvelles applications sont apparues à l'échelle de services ou d'unités de soins, puis d'hôpitaux et enfin de bassins de soins (entre hôpitaux et/ou avec les généralistes de la zone) afin de permettre l'accès au dossier patient hospitalier pour les médecins qui le prennent en charge. Les médecins généralistes informatisent progressivement leurs dossiers patients et reçoivent des documents et rapports concernant ceux-ci via la messagerie sécurisée.

Nous assistons actuellement à l'émergence de nombreuses applications web, créées par l'INAMI, le SPF Santé, les Mutuelles, ... pour collecter des données sur les soins, les diagnostics et les traitements effectués par les médecins ou les institutions de soins.

La multiplication des dossiers informatisés, des formats utilisés, et le morcellement des données provoqué par les systèmes d'encodage multiples ne favorisent ni l'efficacité des échanges entre les professionnels ni la qualité de la prise en charge des patients.

### **Le projet et ses principes fondamentaux**

Dans le prolongement du projet Serveur S3 financé puis arrêté en 2005 par le SPF Santé, est né le projet Réseau Santé Wallon (1er janvier 2006). Le projet s'est rapidement distingué sur différents points.

Tout d'abord, il ne s'agit pas de centraliser les données d'un même patient sur un serveur (tel le projet de DMP en France par exemple). Les documents créés restent sur les serveurs des institutions participantes. Il s'agit dès lors d'un système distribué qui établit des passerelles sécurisées tout en préservant les spécificités des systèmes d'informations hospitaliers et ambulatoires.

Ensuite, les médecins accèdent au système via leur logiciel de dossier médical habituel, et non à travers une interface supplémentaire. A terme, cela favorise l'utilisation du dossier médical informatisé du médecin en évitant la multiplication des interfaces et des encodages.

Enfin, le projet se construit sur base d'un cahier de charges (disponible sur le site internet) défini par différents groupes de travail où se sont retrouvés des médecins généralistes, hospitaliers, des gestionnaires et des informaticiens. Les médecins sont omniprésents dans le projet, de la conception à la réalisation, au sein des comités de pilotage et de surveillance. L'utilisation du Réseau Santé Wallon sera elle-même volontaire et à l'initiative du médecin et de son patient.

Le projet a pour seul objectif de soutenir et d'améliorer la continuité de soins à travers l'interconnexion des Dossiers Médicaux Informatisés des institutions de soins et des cabinets médicaux, permettant le partage de documents médicaux entre les médecins dans des conditions optimales de sécurité et de confidentialité. Cet accès aux documents pertinents pour le médecin dans le cadre de sa prise en charge, avec le consentement explicite du patient, favorise la qualité des échanges et améliore le diagnostic, le traitement et la prévention.

### **L'organisation**

Le projet est piloté par la Fédération Régionale des Associations de Télémédecine Médicale (FRATEM). Ces associations regroupent de manière équilibrée les hôpitaux, les associations de médecine générale et les représentants des médecins spécialistes indépendants. Cette fédération couvre aujourd'hui l'ensemble du territoire wallon.

Le système technique est développé par des informaticiens attachés aux hôpitaux participants. Différents groupes de travail sont constitués au fur et à mesure afin de définir précisément les modalités de mise en oeuvre, les documents nécessaires au fonctionnement, etc.

### **Les garanties**

Conscients des risques réels et des craintes des professionnels et des patients associés à l'usage de l'informatique dans l'échange de documents médicaux, la FRATEM a mobilisé un maximum de garanties autour du projet.

Elle a veillé à intégrer les recommandations de l'Ordre des médecins, de la Commission des Normes Télémédecines ainsi que les exigences légales en matière de respect de la Vie Privée et de Droits des patients.

Elle a mis en oeuvre des sécurisations techniques maximales ainsi qu'un système de gestion des accès basé sur le modèle OrBAC (utilisé dans des hôpitaux et dans d'autres secteurs). Elle a confié à une société externe spécialisée un audit de la sécurité du système développé. Tous les accès dans le système sont traçables.

Elle a mis en place une organisation du projet qui intègre les futurs utilisateurs, veille au suivi et au respect du règlement Vie Privée qu'elle a établi (Comité de surveillance, médiateur) tout en laissant le temps nécessaire pour permettre aux craintes de s'apaiser grâce aux communications, démonstrations et avantages directs relayés par leurs pairs.

L'ensemble de ces principes ont été décrits dans le règlement vie privée qui a été présenté et approuvé par le Conseil National de l'Ordre des médecins. Le projet a reçu l'autorisation du Comité sectoriel Registre National de la Commission de la Protection de la Vie Privée. Le site internet ([www.reseausantewallon.be](http://www.reseausantewallon.be)) présente le projet et diffuse les documents disponibles au fur et à mesure pour un maximum de transparence.

## **Le fonctionnement du Réseau Santé Wallon**

Le Réseau Santé Wallon n'est pas un dossier médical centralisé. Le système fonctionne au départ d'une démarche volontaire tant du patient que du médecin pour signaler l'existence d'un document. Tous deux doivent préalablement être inscrits et avoir signé le Règlement Vie Privée. Depuis leur Dossier Médical Informatisé, les médecins peuvent déclarer les documents pertinents pour un échange, en concertation avec le patient. Si le patient consulte un autre médecin, il peut lui donner l'autorisation d'accéder à ses documents (en créant un lien thérapeutique avec lui). Le médecin traitant du patient peut également lui proposer de créer un Sumehr (dossier résumé d'urgence), reprenant les données pertinentes de son dossier médical.

Le médecin autorisé va dès lors pouvoir visualiser l'index des documents disponibles auxquels il peut avoir accès (certains documents peuvent avoir été limités par le patient et ne seront dès lors pas visibles) à travers son DMI. Si un document est pertinent pour sa prise en charge, il peut par un simple 'clic' lancer une requête sur le serveur où se trouve le document et le visualiser (et éventuellement l'enregistrer dans son dossier). Lors du transfert du document, celui-ci est transmis dans le format Kmehr (standard belge) et crypté.

Tous les accès d'un médecin à des documents sont tracés. Le patient peut, à travers une interface web, gérer les liens thérapeutiques actifs et identifier qui a eu accès aux documents le concernant. Il peut également demander à son médecin traitant de vérifier l'historique détaillé des traces (qui a eu accès, à quel document et à quel moment) et lui demander de supprimer certains liens thérapeutiques actifs ou restreindre l'accès à certains documents.

Conscient que tous les médecins généralistes n'ont pas actuellement de logiciel de Dossier Médical Informatisé, le projet proposera une interface simplifiée permettant à un médecin d'accéder au Réseau Santé Wallon.

## **Etat d'avancement**

Une première étape du projet a permis de définir avec de nombreux volontaires les fonctionnalités du Réseau Santé Wallon et de développer un premier prototype fonctionnel avec un patient test.

La seconde étape a vu les partenaires du projet augmenter jusqu'à couvrir aujourd'hui l'ensemble du territoire wallon. Le Règlement Vie Privée a été finalisé et le Comité sectoriel du Registre National a donné son accord pour la lecture du numéro de registre national afin d'en dériver un identifiant santé. Les hôpitaux intègrent progressivement les fonctionnalités du Réseau Santé Wallon au sein de leur système d'information. Cette étape prend du temps car les situations des partenaires sont très hétérogènes et certaines adaptations sont importantes, sans compter les nombreux projets auxquels doivent faire face les services informatiques. Il reste également un travail d'adaptations à réaliser au niveau des logiciels de médecine générale qui a été amorcé et va se poursuivre dans l'année à venir. L'objectif est de pouvoir commencer à utiliser le Réseau Santé Wallon dès la mi-septembre 2010 et d'augmenter progressivement le nombre d'institutions et de médecins utilisateurs.



## **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.

