

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
MARS 2011

N° 132

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Dr P. Beke*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

2 - Avis concernant trois propositions de loi relatives aux interventions à visée esthétique
- Signalement d'une maltraitance d'enfant : le médecin entre la loi et le Code
- Service des urgences - Attestation délivrée à la police relative à une mesure coercitive ou disciplinaire
- Transfert de matériel biopsique humain vers l'étranger
- Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental
- Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel
- Libre choix du médecin par le personnel de police en cas de grève
- Participation au service de garde (de jour) en semaine – Décision du cercle de médecins généralistes
- La mention du titre de médecin dans la rubrique «Homéopathie/Acupuncture» et la mention «Homéopathie/Acupuncture» dans la rubrique «Docteurs en médecine» d'un annuaire téléphonique

CHRONIQUE INTERNATIONALE

13 - L'évaluation du système européen de reconnaissance des qualifications professionnelles discutée au CPME

Dr. R. Kerzmann

- Assemblée du Conseil de l'AMM (Association Médicale Mondiale) de mai 2010.

Prof. A. Herchuelz

Dr J. L. Desbuquoit

- European Forum; of medical associations (EFMA) – OMS Saint-Pétersbourg, 19-21 septembre 2010

Dr J. L. Desbuquoit

Prof. A. Herchuelz

- Rapport de l'Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale – Vancouver, 13-16 octobre 2010

Dr J. L. Desbuquoit

Prof. A. Herchuelz

Honorés Confrères,

Durant cette période d'hiver, les réunions du Conseil national ont une fois de plus été très productives. Le Conseil a particulièrement réagi à l'actualité, notamment à la problématique de la maltraitance d'enfants et de la pédophilie, aux problèmes concernant la médecine plastique esthétique, aux tâches des médecins dans un service des urgences et aux problèmes relatifs à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental.

Des médecins confrontés à la problématique de la maltraitance d'enfants et de la pédophilie s'interrogent sur l'attitude à adopter dans certaines situations. L'avis rendu cerne la position du médecin « entre la loi et le Code ». Un médecin a la possibilité d'informer le procureur du Roi d'infractions graves commises sur des mineurs, dont il a connaissance ou à propos desquelles il a de sérieux soupçons si les trois conditions suivantes sont réunies : il a examiné lui-même la victime ou a recueilli les confidences de celle-ci, il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale et/ou physique de l'enfant ; le médecin n'est pas en mesure de protéger cette intégrité lui-même ou avec l'aide de tiers. Ces trois conditions constituent le droit de signalement visé à l'article 458bis du Code pénal et rejoignent l'esprit de l'article 61, §2 du Code de déontologie médicale qui prévoit des mesures de protection analogues pour les patients incapables de se défendre en raison d'une maladie, d'un handicap ou de l'âge et qui sont maltraités, exploités ou qui subissent des effets graves d'une négligence.

En ce qui concerne les interventions à visée esthétique, le Conseil national a donné ses remarques et son avis à propos de trois propositions de loi récemment introduites. Ces propositions visent à réglementer la publicité de ces interventions à visée esthétique, les qualifications professionnelles médicales requises pour les pratiquer et les installations extrahospitalières où elles sont réalisées.

Il serait enfin possible de mettre terme aux multiples interventions réalisées dans des conditions très précaires par des personnes non qualifiées, et se soldant, dans un certain nombre de cas, par une issue fatale. Il a été constaté que dans ce secteur de l'esthétique les nombreuses exigences hygiéniques et techniques, effectivement légalement obligatoires intra muros, sont impunément prises à la légère, ce qui peut nuire à l'intérêt et à la santé du patient.

En ce qui concerne l'avis relatif aux médecins travaillant au service des urgences et qui sont confrontés à la demande de la police de délivrer une attestation certifiant s'il y a ou non une objection médicale à un enfermement en cellule de transit, les médecins urgentistes ont refusé à juste titre de rédiger une telle attestation. Le rôle des médecins travaillant au service des urgences est de vérifier si une personne nécessite des soins urgents et, dans l'affirmative, d'apporter les soins adéquats. Leur mission n'est pas d'agir comme expert à la demande de la police. Cette fonction d'expert n'est en effet pas compatible avec la fonction primordiale d'apporter des soins.

La loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental, qui n'est pas encore entrée en vigueur, doit manifestement déjà être soumise à révision. C'est pourquoi le Conseil national a formulé un avis qui attire l'attention surtout sur les implications déontologiques de l'expertise psychiatrique et de l'exécution de l'internement en vue du traitement du délinquant atteint d'un trouble psychiatrique. Le Conseil national plaide pour un meilleur statut de l'expert judiciaire, pour la création urgente de la section psychiatrique dans les prisons, pour la mise en place du Centre pénitentiaire de recherche et d'observation clinique (CPROC), qui font toujours défaut à ce jour, et pour la présence d'un psychiatre dans les tribunaux de l'application des peines (TAP). L'internement n'est pas, à proprement parler, une peine mais une mesure de protection. Visiblement les considérations juridiques l'emportent sur les nécessités thérapeutiques. Et il n'existe pas de séparation stricte entre les missions d'un expert et celles d'un médecin psychiatre dispensateur de soins.

L'avis concernant la participation à la garde (de jour) en semaine est intéressant pour les médecins généralistes. La question est de savoir si la décision de participation à la garde (de jour) en semaine, décidée à une majorité qualifiée au sein d'une unité du service de garde d'un cercle de médecins généralistes, peut être imposée à tous les membres et donc à tous les unités de garde. La décision de la Commission nationale médecins-mutualités concernant les honoraires de disponibilité (pendant les jours de semaine de 19 heures à 8 heures le lendemain) offre une marge créative légale pour l'élargissement de l'organisation du service de garde à la garde en semaine.

Pour conclure, il y a l'avis concernant la mention du titre de médecin dans la rubrique «Homéopathie/Acupuncture» et la mention «Homéopathie/Acupuncture» dans la rubrique «Docteurs en médecine» d'un annuaire téléphonique. Le Conseil national maintient sa position formulée dans un avis antérieur du 9 septembre 2006 à propos de l'homéopathie car, nonobstant la nouvelle législation, « le Conseil national observe qu'à ce jour, l'homéopathie ne fait pas partie de la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art de guérir et ne peut se prévaloir d'une reconnaissance scientifique ».

*Dr Paul BEKE,
Rédacteur en chef*

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 20 NOVEMBRE 2010, 11 DECEMBRE 2010 ET 22 JANVIER 2011

- Avis concernant trois propositions de loi relatives aux interventions à visée esthétique (20/11/2010)
- Signalement d'une maltraitance d'enfant : le médecin entre la loi et le Code (11/12/2010)
- Service des urgences - Attestation délivrée à la police relative à une mesure coercitive ou disciplinaire (11/12/2010)
- Transfert de matériel biopsique humain vers l'étranger (11/12/2010)
- Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental (11/12/2010)
- Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel (11/12/2010)
- Libre choix du médecin par le personnel de police en cas de grève (11/12/2010)
- Participation au service de garde (de jour) en semaine – Décision du cercle de médecins généralistes (22/01/2011)
- La mention du titre de médecin dans la rubrique «Homéopathie/Acupuncture» et la mention «Homéopathie/Acupuncture» dans la rubrique «Docteurs en médecine» d'un annuaire téléphonique (22/01/2011)

2

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

Avis concernant trois propositions de loi relatives aux interventions à visée esthétique

(20/11/2010)

MOTS-CLES :

Chirurgie – Commercialisation de la médecine – Mineurs d'âge – Publicité et réclame

REFERENCE :

a132004f

Trois propositions de loi relatives aux interventions à visée esthétique ont été soumis au Conseil national pour avis. Ces propositions visent à réglementer la publicité de ces interventions à visée esthétique, les qualifications professionnelles médicales requises pour les poser et les installations extrahospitalières où elles sont réalisées.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 20 novembre 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les trois propositions de loi relatives aux interventions à visée esthétique que vous lui avez soumises pour avis.

Le Conseil national approuve les principes qu'elles contiennent, lesquels répondent aux préoccupations soulevées dans la correspondance qu'il vous a adressée le 25 septembre 2008.

Ces propositions sont en concordance avec la déontologie médicale et visent à protéger l'intérêt du patient et à promouvoir la qualité des soins qui lui sont donnés.

Elles sont complémentaires et justifiées par la nécessité de légiférer en la matière sur trois plans : la publicité, les conditions de qualification du médecin et les normes requises pour les installations extrahospitalières.

Le Conseil national formule les commentaires suivants.

1. Il estime indispensable qu'un médecin désigné par le Conseil national de l'Ordre des médecins fasse partie du Collège visé à l'article 10 de la proposition de loi réglementant les institutions extrahospitalières où sont pratiqués des actes invasifs d'esthétique.

2. L'article 4 de la proposition de loi réglementant les qualifications requises pour poser des actes d'esthétique médicale invasive traite des interventions d'esthétique médicale invasives sur les mineurs.

Le Conseil national estime qu'une disposition d'une telle importance devrait figurer dans la loi relative aux droits du patient plutôt que celle traitant des qualifications requises pour poser des actes d'esthétique médicale invasive, dès lors qu'elle constitue une exception à l'article 12 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui prévoit que le patient mineur peut exercer ses droits de manière autonome lorsqu'il est jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts.

Il considère que l'accord écrit de tous les représentants légaux devrait être requis et non celui d'un seul.

Cette disposition devrait prévoir que le patient mineur doit être associé à la décision, suivant son âge et sa maturité. Le refus de consentement du mineur à une intervention invasive à visée esthétique, par définition (article 2, 1^o, de la proposition) sans but thérapeutique ni reconstructeur et ne faisant pas l'objet d'un remboursement par le système de l'assurance maladie obligatoire, doit être un obstacle définitif à la réalisation d'un tel acte.

La concertation préalable à la réalisation d'un tel acte devrait être le fait d'une équipe pluridisciplinaire composée au moins du médecin généraliste du mineur, d'un pédiatre et d'un (pédo)psychiatre ou (pédo)psychologue.

L'objet de cette concertation devrait être précisé et stipuler à tout le moins qu'elle a pour but d'apprécier si l'intervention esthétique projetée n'est pas préjudiciable à la santé mentale et physique du mineur.

Un délai minimal devrait être fixé entre l'expression du consentement et la réalisation de l'acte, celui-ci étant par nature non urgent puisque non thérapeutique.

L'article 6 prévoit la création d'une formation en « Médecine esthétique non chirurgicale » menant à un titre professionnel particulier dont le niveau n'est pas précisé.

Le Conseil national estime qu'il ne peut s'agir d'un titre repris à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical. Ce titre doit être inclus dans l'article 2 de cet arrêté royal afin d'être accessible aux médecins déjà titulaires d'un titre professionnel.

En outre, le Conseil national constate que la création d'un titre professionnel relève de la compétence du ministre qui a la santé dans ses attributions, sur avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

L'article 10 de cette proposition semble inutile à la lecture des articles 6 et 7, vu la définition de l'esthétique médicale invasive donnée à l'article 2, 2^o.

Les articles 13, 14 et 15, dont le contenu est primordial, auraient également plus de pertinence s'ils apparaissaient dans la loi relative aux droits du patient, plutôt que dans une loi relative aux qualifications professionnelles du médecin.

3. L'article 4, alinéa 5, de la proposition de loi réglementant la publicité relative aux interventions à visée esthétique prévoit que « la publicité personnelle doit toujours mentionner le titre du praticien, sous lequel il est inscrit à l'Ordre des médecins ».

Les médecins n'étant pas inscrits à l'Ordre sous un titre particulier, il serait plus opportun que le praticien doive faire mention du (des) titres(s) professionnel(s) dont il dispose et figurant dans l'arrêté royal précité du 25 novembre 1991.

Il serait utile de prévoir dans cet article que le témoignage ou l'image d'un patient ne peuvent être utilisés.

L'article 4, alinéa 6, vise la publicité qui porte sur un ou plusieurs actes esthétiques déterminés. Le Conseil national s'interroge sur l'admissibilité d'une telle publicité dès lors que l'alinéa 1^{er} de ce même article dispose que la publicité relative aux interventions d'esthétique médicale est interdite.

En outre, la loi relative aux droits du patient impose que les informations énumérées dans cet alinéa soient fournies au patient.

4. Une discordance apparaît entre les titres des textes dans leur version française, étant fait référence, soit aux *interventions à visée esthétique*, soit aux *actes d'esthétique*.

Cette discordance existe également dans le corps des textes.

En néerlandais, le terme *cosmetisch* devrait être remplacé par *esthetisch*.

Les définitions de l'acte d'esthétique médicale et de l'acte d'esthétique médicale invasif reprises dans les différentes propositions ne sont pas superposables, ce qui est source de confusion.

En outre, la concordance entre les versions française et néerlandaise de ces définitions devrait être revue (voy. par exemple l'article 5 de la proposition de loi réglementant les qualifications requises pour poser des actes d'esthétique médicale invasive.).

Le Conseil national se tient à votre disposition pour tout entretien ou toute information que vous estimeriez utile.

Signalement d'une maltraitance d'enfant : le médecin entre la loi et le Code (11/12/2010)

MOTS-CLES :

Déclaration aux autorités judiciaires – Maltraitance d'un enfant, d'un malade, d'une personne handicapée, d'une personne âgée

REFERENCE :

a132005f

Sollicité par de nombreuses questions posées par des confrères, Mr. Holsters et le Prof. Deneyer ont rédigé une lettre concernant les dispositions légales et déontologiques qui doivent guider l'attitude de médecin traitant qui constate qu'un mineur fait l'objet de violences sexuelles.

Le Conseil national en sa séance du 11 décembre 2010 s'est associé à cette initiative et a marqué son accord sur le texte proposé.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

SIGNALEMENT D'UNE MALTRAITANCE D'ENFANT : LE MEDECIN ENTRE LA LOI ET LE CODE

Question : Le médecin traitant d'un mineur peut-il faire la déclaration de ses constatations ou soupçons de maltraitance d'enfant ?

Avant l'introduction de l'article 458bis⁽¹⁾ du Code pénal, le médecin ne pouvait concilier son obligation de secret professionnel (article 458 du Code pénal) et son devoir d'assistance (article 422bis du Code pénal) qu'en invoquant dans des cas graves l'état de nécessité où le droit du mineur à l'intégrité physique et psychique primait l'obligation de secret professionnel.

En vertu de l'article 458bis du Code pénal, le médecin a la possibilité d'informer le procureur du Roi d'infractions graves dont il a connaissance, commises sur des mineurs, si trois conditions sont réunies :

le médecin a examiné lui-même la victime ou a recueilli les confidences de celle-ci ;
il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale et/ou physique de l'intéressé ;
le médecin n'est pas en mesure de protéger cette intégrité lui-même ou avec l'aide de tiers.

Ces trois conditions font que le droit de signalement visé à l'article 458bis du Code pénal demeure un « remède ultime » et implique que le médecin doit d'abord prendre ses responsabilités en venant en aide lui-même ou en prenant lui-même l'initiative de faire intervenir d'autres dispensateurs de soins dans cette aide.

Les trois conditions peuvent être contrôlées a posteriori par un juge et si ce dernier estime qu'elles n'ont pas été respectées, il y a infraction à l'article 458 du Code pénal avec d'éventuelles conséquences sur le plan pénal, civil et disciplinaire.

Cette possibilité de contrôle ne peut toutefois faire obstacle au signalement de faits graves dans l'intérêt de l'enfant : cela demande seulement de la prudence.

Le Code de déontologie médicale tient compte, à l'article 61⁽²⁾ de l'expérience de la pratique quotidienne. Cet article établit une distinction entre le fait de soupçonner ou de constater une maltraitance d'enfant. Le Code incite le médecin à la prudence lorsqu'il soupçonne une maltraitance d'enfant, en le faisant opter pour le recours à une structure spécifiquement conçue pour gérer cette problématique. Si un médecin constate qu'un enfant est en grave danger, il doit faire immédiatement le nécessaire pour protéger l'enfant. Si le danger est imminent et qu'il n'y a pas d'autres moyens de protéger l'enfant, le médecin a la possibilité d'informer le procureur du Roi de ses constatations.

(1) **Art. 458bis.** Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur, peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, à condition qu'elle ait examiné la victime ou recueilli les confidences de celle-ci, qu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité mentale ou physique de l'intéressé et qu'elle ne soit pas en mesure, elle-même ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité.

(2) **Art. 61 (Modifié le 16 novembre 2002)**

§1. Si un médecin soupçonne qu'un enfant est maltraité, est abusé sexuellement ou subit des effets graves d'une négligence, il doit opter pour une approche pluridisciplinaire de la situation, par exemple en faisant appel à une structure conçue spécifiquement pour gérer cette problématique.

Lorsqu'un médecin constate qu'un enfant est en danger grave, il doit sans délai prendre les mesures nécessaires pour le protéger.

Si ce danger est imminent et s'il n'y a pas d'autre moyen pour protéger l'enfant, le médecin peut communiquer ses constatations au procureur du Roi.

Les parents ou le tuteur de l'enfant seront informés des constatations du médecin et des initiatives que celui-ci compte prendre sauf si cette information peut nuire à l'intérêt de l'enfant.

Avant de prendre toute initiative, le médecin doit en parler au préalable avec l'enfant dans la mesure où les capacités de discernement de celui-ci le permettent.

§2. Lorsqu'un médecin soupçonne qu'un patient incapable de se défendre en raison d'une maladie, d'un handicap, ou de son âge, est maltraité, exploité ou subit des effets graves d'une négligence, il parlera de ses constatations avec le patient si les capacités de discernement de celui-ci le permettent. Le médecin incitera le patient à prendre lui-même les initiatives nécessaires, notamment à informer ses proches parents.

Si cette discussion avec le patient s'avère impossible, le médecin traitant peut se concerter avec un confrère compétent en la matière à propos du diagnostic et de la suite à apporter à la situation.

Si le patient est en danger grave et s'il n'y a pas d'autre moyen pour le protéger, le médecin peut avertir le procureur du Roi de ses constatations.

Le médecin informera les proches du patient de ses constatations et des initiatives qu'il compte prendre pour le protéger, si cela ne nuit pas aux intérêts du patient.

Il faut aussi noter que le Code précité (article 61, § 2) prévoit des mesures de protection analogues à celles des mineurs pour les patients incapables de se défendre en raison d'une maladie, d'un handicap ou de l'âge et qui sont maltraités, exploités ou qui subissent des effets graves d'une négligence.

Professeur M. Deneeyer

D. Holsters, Président

Service des urgences - Attestation délivrée à la police relative à une mesure coercitive ou disciplinaire (11/12/2010)

MOTS-CLES :

Autorité judiciaire – Certificat – Relation médecin-patient - Urgences

REFERENCE :

a132006f

Un commissaire de police est confronté au refus d'un médecin d'un service des urgences de délivrer une attestation demandée par la police certifiant s'il y a ou non une objection médicale à un enfermement en cellule de transit. Le commissaire demande l'avis du Conseil national.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 11 décembre 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique exposée dans votre courriel du 16 avril 2010.

L'article 9, § 1er, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé a trait aux services de garde garantissant à la population la dispensation régulière et normale des **soins de santé** tant en milieu hospitalier qu'à domicile.

Le service des urgences d'un hôpital est une organisation qui s'inscrit dans ce cadre légal.

Le rôle des médecins travaillant au service des urgences est de vérifier si une personne nécessite des soins urgents et, dans l'affirmative, d'apporter les soins adéquats.

Leur mission n'est pas d'agir comme expert et d'attester, à la demande de la police, qu'il y a ou non objection médicale à l'enfermement dans une cellule de transit. Cette fonction d'expert n'est en effet pas compatible avec la fonction primordiale d'apporter des soins.

Vis-à-vis d'une personne amenée au service des urgences par la police, le médecin assumera sa fonction axée sur les soins et s'assurera de la nécessité éventuelle de donner des soins urgents.

Un médecin traitant ne peut prêter son concours à une mesure coercitive ou disciplinaire à l'égard de son patient pour qui il est une personne de confiance nécessaire.

Transfert de matériel biopsique humain vers l'étranger (11/12/2010)

MOTS-CLES :

Biopsie

REFERENCE :

a132007f

Avis du Conseil national relatif au transfert de matériel biopsique humain vers l'étranger.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 11 décembre 2010, le Conseil national a examiné votre question du 19 mai 2010 concernant la transmission de prélèvements biopsiques à l'étranger : « Is it allowed for hospitals – the anatomico-pathological services – to send biopsy blocks of patients participating in a clinical trial and signing an informed consent, to a central laboratory outside Belgium ; e.g. Switzerland ? ».

Tant sur le plan déontologique que juridique, il n'y a pas d'objection en soi au transfert de matériel biopsique humain vers l'étranger.

En la matière, il y a lieu de respecter :

- la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique ;

- l'arrêté royal du 28 septembre 2009 fixant les normes de qualité et de sécurité pour le don, le prélèvement, l'obtention, le contrôle, le traitement, le stockage et la distribution de matériel corporel humain, auxquelles les banques de matériel corporel humain, les structures intermédiaires de matériel corporel humain et les établissements de production doivent répondre, et

plus particulièrement les articles 7, § 3, 18 et 19.

En pratique, en raison de l'absence d'arrêté royal relatif aux biobanques, il y a lieu à l'heure actuelle, de passer par une banque de matériel corporel humain agréée d'un hôpital pour procéder à l'exportation. Cette manière de faire nécessite des aménagements contractuels et le respect de règles strictes, comme le mentionnent les articles précités.

Loi du 21 avril 2007 relative à l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental (11/12/2010)

MOTS-CLES :
Détenus - Psychiatrie
REFERENCE :
a132009f

AVIS SUR LA LOI DU 21 AVRIL 2007 RELATIVE À L'INTERNEMENT DES PERSONNES ATTEINTES D'UN TROUBLE MENTAL.

La loi a été publiée au Moniteur belge du 13 juillet 2007, mais n'est pas encore entrée en vigueur en décembre 2010 et doit manifestement être soumise à révision.

1. Elle se situe dans le prolongement des lois des 9 avril 1930 et 1er juillet 1964 sur la défense sociale et poursuit un double objectif : « Il s'agira à la fois de protéger la société tout en assurant un soutien thérapeutique adapté aux auteurs de crime ou délits qui souffrent d'un trouble mental ayant altéré de manière grave leur capacité de discernement et qui représentent un danger pour la société ».

Dans le présent avis, le Conseil national s'intéresse surtout aux implications déontologiques de l'expertise psychiatrique et de l'exécution de l'internement en vue du traitement du délinquant atteint d'un trouble psychiatrique.

2. La nouvelle loi comprend 156 articles tandis que la loi précédente, du 1er juillet 1964, n'en comptait que 32.

Le titre III « De la phase judiciaire de l'internement » a conservé une ampleur modérée (12 articles) mais le titre IV « De l'exécution des décisions judiciaires d'internement » par les tribunaux de l'application des peines (TAP) s'est considérablement allongé (65 articles). Cette partie est extrêmement détaillée et a pour objectif légitime la protection de la société et de l'intérêt des victimes, mais elle est en différents endroits si détaillée et contraignante que la qualité des soins dispensés à la personne internée « en vue de sa réinsertion dans la société » (article 2) s'en trouve manifestement compromise.

Le Conseil national estime qu'il conviendra de simplifier et d'assouplir quelque peu ces dispositions lors d'une révision de la loi.

3. La procédure de désignation de l'expert et la nouvelle formulation des questions qui lui sont soumises ne posent pas de problèmes sur le plan déontologique. Les questions sont plus précises, mieux définies qu'auparavant et conformes à l'état actuel de la science. Le Conseil national adhère entièrement à l'article 5, § 2, qui prévoit l'agrément des experts par le ministre compétent pour la Santé publique, et au § 3, qui prescrit à l'expert de rédiger un « rapport circonstancié, conformément au modèle fixé par le Roi ». Dans des avis antérieurs (notamment un avis du 30 octobre 1999⁽¹⁾), le Conseil national avait déjà mis l'accent sur l'importance du statut, de la formation et de l'enregistrement des experts judiciaires, ce qui bénéficiera à la qualité du rapport effectué. Il conviendrait que l'autorité mette rapidement en œuvre cet article, de préférence en concertation avec le groupe professionnel.

L'article 5, § 4, dispose que la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient s'applique à l'expertise psychiatrique, excepté l'article 6 (le libre choix du médecin). Une deuxième exception doit être prévue concernant le droit de consultation du dossier d'expertise par le patient. La Commission fédérale « Droits du patient » a adopté un avis à ce sujet⁽²⁾. Le Conseil national s'est rallié à ce point de vue dans son avis du 26 juin 2010, précisant 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 ⁽³⁾ ». Cette dernière exception s'applique exclusivement aux missions d'expertise dans la procédure pénale et non dans la procédure civile.

4. L'article 6 prévoit la possibilité d'une expertise psychiatrique avec mise en observation dans la section psychiatrique de la prison. Cette possibilité existait déjà sous le régime de la précédente loi mais ne pouvait jamais être exécutée parce que les annexes psychiatriques des prisons n'étaient pas équipées à cette fin, et elles ne le sont toujours pas. L'arrêté royal du 19 avril 1999 portant création et érection en établissement scientifique de l'Etat du Centre pénitentiaire de recherche et d'observation clinique (CPROC) devait permettre la mise en observation prévue par la loi⁽⁴⁾.

(1) Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 30 octobre 1999 « Ministère de la Justice—Rapport final des travaux de la Commission Internement ». Bulletin 87, p.17.

(2) Avis de la Commission fédérale « Droits du patient » du 9 octobre 2009 « Avis concernant la consultation du dossier médical tenu par le médecin-expert dans le Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 30 octobre 1999 « Ministère de la Justice - Rapport final des travaux de la Commission Internement », cadre d'une affaire pénale ».

(3) Avis du Conseil national de l'Ordre des médecins du 26 juin 2010 « Consultation par le patient de son dossier médical établi par un médecin expert ».

(4) Le CPROC devait obtenir le statut d'établissement scientifique de l'Etat mais rien n'indique qu'il sera jamais créé.

Ce centre n'a jamais vu le jour de sorte que l'article 6 reste lettre morte. La création du CPROC comblerait une lacune importante et favoriserait la qualité de l'expertise psychiatrique dans les cas difficiles. Si le CPROC n'est pas créé, l'article 6 peut être retiré.

5. Les tribunaux de l'application des peines (TAP) sont désormais compétents pour toutes les décisions relatives à l'exécution d'un internement. Ils remplaceront donc les actuelles commissions de défense sociale (CDS).

En soi, cela ne pose pas de problème, toutefois sous l'importante réserve suivante : un psychiatre siège dans la CDS, mais ce n'est pas prévu pour les TAP. Le Conseil national estime que c'est une lacune qui jouera au détriment de la qualité du fonctionnement du TAP, lequel devra statuer à propos de patients psychiatriques délinquants en traitement. Il serait souhaitable de mettre en place au sein du TAP une chambre spéciale pour l'internement spécifiquement composée en fonction de cette matière. L'internement n'est pas, à proprement parler, une peine mais une mesure de protection.

6. L'analyse de l'abondant volet « exécution » de la loi montre que des considérations juridiques l'emportent sur les nécessités thérapeutiques. La rigidité du dispositif légal est en porte-à-faux avec la nécessaire flexibilité de l'action thérapeutique.

Plusieurs articles représentent un pas en arrière par rapport à la loi de 1964 :

L'article 19 limite les possibilités de congé à « sept jours au maximum par mois » alors que la pratique à l'heure actuelle enseigne que des périodes plus longues sont souvent indiquées du point de vue thérapeutique. Il conviendrait d'abandonner cette restriction de délai.

Suivant l'article 25, l'interné ne peut plus bénéficier d'une libération à l'essai immédiate et d'autres modalités d'internement doivent d'abord être appliquées même si, du point de vue thérapeutique, elles sont superflues ou dépassées. A l'heure actuelle, des internés comparaissent librement devant la CDS et celle-ci peut décider d'une libération à l'essai immédiate. Cela ne sera désormais plus possible, ce qui occasionnera bon nombre de renvois administratifs superflus et inutiles à des séjours résidentiels n'ayant pas de sens. Cela ne peut que contribuer à une saturation inutile du circuit de soins médico-légaux. En outre, l'éthique médicale montre que des patients traités de force doivent être référés à l'environnement le moins restrictif en tenant compte de leur pathologie et des exigences de sécurité. Des traitements ambulatoires ou des admissions dans la psychiatrie régulière d'internés « libérés à l'essai » doivent encore pouvoir être décidés sans qu'il soit nécessaire de satisfaire aux exigences posées par l'article 25 de la nouvelle loi. Il convient que cet article soit abrogé ou réécrit de manière à ce que le TAP puisse décider de la libération à l'essai, moyennant une motivation adaptée, sans que soient réunies les conditions actuelles de l'article 25 ⁽⁵⁾.

7. Le TAP désigne l'établissement dans lequel l'interné sera « placé » (article 17) pour y être traité. Ce placement est possible tant dans des établissements de l'autorité fédérale (ex. : Paifve, Merksplas, Turnhout, ...) que dans des établissements non fédéraux de défense sociale (ex. : Les Marronniers à Tournai) ou des institutions privées (ex. : hôpitaux psychiatriques). L'autorité a en outre décidé d'organiser et de financer un circuit de soins médico-légaux impliquant, entre autres, la construction en Flandre de deux établissements de défense sociale de haute sécurité, à Gand et à Anvers. L'objectif de l'autorité et du groupe professionnel est d'offrir aux internés des possibilités de traitement conforme à l'état actuel de la science et d'un niveau comparable à celui de la psychiatrie régulière (article 88 de la loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus).

Le TAP doit pouvoir requérir le placement (ou le transfèrement) d'un interné dans un établissement de défense sociale de haute sécurité fédéral ou non fédéral mais le placement/l'admission ou le traitement dans les autres maillons du circuit de soins doit résulter d'une concertation et non d'une requête unilatérale. L'actuel article 17 ne fait pas de distinction entre les différents maillons du réseau, ce qui est une erreur. Il est évident qu'une unité psychiatrique d'un hôpital psychiatrique régulier ne peut accueillir que les internés pour lesquels elle a un projet de traitement et à condition que l'interné puisse y adhérer. A l'instar du schéma actuel, l'admission d'un interné dans des institutions privées doit se faire en concertation, avec des garanties de solutions alternatives en cas d'échec.

8. L'article 38 prévoit que le directeur de l'établissement de soins de l'autorité fédérale ou le responsable d'un établissement de soins non fédéral rend régulièrement un avis au TAP. Dans son avis du 30 octobre 1999 concernant le rapport final des travaux de la commission « Internement », le Conseil national a souligné qu'une séparation stricte est indiquée entre les missions d'un expert et celles d'un thérapeute. La loi de principes précitée confirme l'incompatibilité de la fonction d'expert avec celle de prestataire de soins (articles 100 et 101) ⁽⁶⁾.

9. Dans les prisons, les équipes de soins fonctionnent de manière indépendante par rapport au service psycho-social et sa mission d'avis. Rendre des avis au TAP concernant un interné est une fonction d'expert et non de prestataire de soins. Le Conseil national souscrit à ce point de vue, mais le fait que les deux fonctions soient inhérentes au contexte médico-légal peut occasionner des problèmes déontologiques. C'est pourquoi le Conseil national estime opportun que chaque institution dispensant des soins à des internés élabore un document interne déterminant le mode de formation d'un avis et la responsabilité de chaque collaborateur. Enfin, le Conseil national rappelle l'article 458 du Code pénal disposant qu'un médecin ne viole pas le secret professionnel lorsqu'il rend témoignage en justice, par exemple, devant le juge d'application des peines.

10. L'article 112 règle le problème difficile du « condamné-interné » qui est à la fin de sa « peine » et qui, selon le TAP, constituerait une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui. A l'heure actuelle, le condamné-interné ressortit à la CDS mais cela est considéré comme étant contraire à l'article 7 de la Constitution et à l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme. Le législateur a décidé, sans aucune concertation avec le groupe professionnel, que dans ces cas, le délinquant

(5) Pour davantage d'informations concernant cet article 25 dommageable, voir les pages 338-339 et 362 de l'article de O. Vandemeulebroeke « Un autre régime d'internement des délinquants atteints d'un trouble mental. La loi du 21 avril 2007. », Revue de droit pénal et de criminologie, avril 2008, 308-363

(6) Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus, M.B., 1^{er} février 2005, pp. 2815-2850

interné malade mental dangereux serait traité conformément à une forme adaptée de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Il s'agit d'une procédure civile, et non pénale, qui règle l'admission forcée de patients psychiatriques. L'adaptation de la loi du 26 juin 1990 accroît le pouvoir du juge de paix et limite celui du psychiatre chef du service de psychiatrie qui, par exemple (article 141), ne peut plus décider du renvoi de l'interné admis de force ou de la non-reconduction de la mesure. Le juge de paix reprend la fonction du TAP. Cette solution juridique est un faux semblant, car le système civil existant pour l'admission forcée n'est aucunement adapté à la prise en charge et au traitement de cette population de patients délinquants malades mentaux considérés dangereux. Le Conseil national insiste en vue d'un cadre légal spécifique adapté à ce groupe cible.

Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel (11/12/2010)

MOTS-CLES :
Mineurs – Mutilation – Patients de nationalité étrangère – Secret professionnel
REFERENCE :
a132010f

Le Conseil national est interrogé concernant son avis du 5 juillet 2010 intitulé « Réfugiés – Mutilation génitale – Secret professionnel » en ce qu'il réfère à la nécessité d'avoir recours à la réglementation spécifique relative à la consultation du dossier médical d'un mineur.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 11 décembre 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 28 juillet 2010 concernant l'avis du Conseil national du 5 juin 2010 intitulé « Réfugiés – mutilation génitale – secret professionnel ».

Les droits du patient fixés par la loi du 22 août 2002, dont le droit de consultation du dossier médical, sont exercés dans le cas d'un mineur d'âge par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur (article 12, § 1). L'enfant mineur est associé à l'exercice de ses droits suivant son âge et sa maturité ; il peut exercer ses droits de manière autonome s'il est jugé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts (article 12, § 2).

L'article 15, § 1, de la loi prévoit qu'en vue de la protection de la vie privée du patient, le médecin peut rejeter en tout ou en partie la demande de la personne visée à l'article 12, § 1, en vue d'obtenir la consultation ou la copie du dossier médical. Dans ce cas, le droit de consultation ou de copie est exercé par un praticien professionnel désigné par le représentant - en l'espèce les parents ou le tuteur.

Le médecin qui craint qu'il soit porté atteinte à l'intégrité physique d'une jeune fille, ou qui constate que tel a été le cas, du fait ou avec le consentement de ses parents ou de son tuteur, peut faire application de l'article 15, § 1, de la loi.

C'est à cette disposition de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient que le Conseil national fait référence.

Libre choix du médecin par le personnel de police en cas de grève (11/12/2010)

MOTS-CLES :
Continuité des soins – Libre choix du médecin
REFERENCE :
a132011f

Le Conseil national est interrogé concernant le libre choix du médecin par le personnel de police en cas de grève.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 11 décembre 2010, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné vos courriers relatifs au libre choix du médecin par le personnel de police en cas de grève.

L'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient dispose que des limites peuvent être imposées par la loi au libre choix du médecin.

En vue de garantir la continuité du service public dans des circonstances exceptionnelles, une telle limite a été instaurée par l'article 8.10.10 de l'arrêté royal du 30 mars 2001 portant la position juridique du personnel des services de police..

Le Conseil national insiste sur le principe du libre choix du médecin dans la relation thérapeutique et souligne l'importance de la relation entre le médecin et le patient au regard de la continuité des soins. Dans ce contexte, il estime que la procédure visée s'identifie avec un contrôle médical.

Participation au service de garde (de jour) en semaine – Décision du cercle de médecins généralistes

(22/01/2011)

MOTS-CLES :

Garde médicale – Médecine générale

REFERENCE :

a132012f

1° La participation à la garde (de jour) en semaine décidée à une majorité qualifiée au sein d'une unité du service de garde d'un cercle de médecins généralistes est-elle obligatoire pour tous les membres ?

Lorsque la décision est adoptée à l'unanimité des voix par le cercle de médecins généralistes, l'instauration de cette modalité d'organisation n'appelle aucune objection déontologique.

2° Le fondement de l'élargissement de l'organisation du service de garde à la garde en semaine réside dans la décision de la Commission nationale médecins-mutualités concernant les honoraires de disponibilité (pendant les jours de semaine de 19 heures à 8 heures le lendemain).

L'organisation d'une garde (de jour) en semaine n'est pas un corollaire de l'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, qui soutient un élargissement des services de garde classiques à la permanence en semaine. La prise en charge de l'ensemble des patients des uns et des autres pendant la journée en semaine doit plutôt s'inscrire dans la constitution d'un réseau entre confrères avec l'obligation d'établir une convention qui règle ces accords (notamment, consentement du patient sur le mode d'échange de dossiers par voie électronique).

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 22 janvier 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de savoir si la décision de participation à la garde (de jour) en semaine pour les médecins généralistes peut être imposée à tous les membres ?

On se référera à l'avis du Conseil national CNR 071/10 du 2 octobre 2010.

1. La première partie de la question traite des **modalités de la prise de décision** au sein du cercle de médecins généralistes, et renvoie, d'une part, à **l'organe qui au sein du cercle de médecins généralistes** peut prendre « ces décisions concernant le service de garde » et d'autre part, au quorum de votes requis.

1. 1. Le premier problème est **l'organe du cercle de médecins généralistes** qui prend des décisions.

Il est question d'une unité du service de garde d'un cercle de médecins généralistes qui souhaite ajouter une nouvelle disposition au règlement interne existant (du service de garde) : le garde de nuit en semaine (19.00 heures > 08.00 heures) est élargie à une garde de jour complète (en deux blocs de 12 heures).

Le service de garde de population des médecins généralistes est organisé par les cercles de médecins généralistes conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. Le cercle de médecins généralistes est une asbl, laquelle est régie par la loi relative aux asbl. Les modalités de la prise de décision par **l'assemblée générale** sont définies dans les statuts du cercle de médecins généralistes.

Le service de garde d'un cercle de médecins généralistes peut certes être subdivisé en diverses **unités du service de garde**, mais il couvre la totalité de la zone de médecins généralistes du cercle (articles 4 et 5, 2°, de l'arrêté royal précité du 8 juillet 2002) : c'est pourquoi il n'y a qu'un seul règlement interne du service de garde (article 5, 3°, de l'arrêté royal précité du 8 juillet 2002) par cercle de médecins généralistes, visant à une certaine uniformité du fonctionnement du service de garde dans l'ensemble de la zone de médecins généralistes d'un cercle.

Le Conseil national estime dès lors que c'est à **l'assemblée générale** du cercle de médecins généralistes qu'il appartient de prendre des décisions concernant le service de garde (cf. législation sur les asbl et statuts, règlement interne du service de garde).

1. 2. Le deuxième problème a trait au **quorum de votes requis** : majorité simple, qualifiée ou unanimité ?

La « décision » dont il s'agit reposerait sur une large majorité qualifiée (16/18) de tous les médecins généralistes ayant voix délibérative, **uniquement au sein de l'unité du service de garde**. Deux autres médecins généralistes avaient été convoqués (par fax et par lettre recommandée) mais étaient absents et n'avaient pas remis de procuration, ce qui relève de leur libre choix individuel.

Cette compétence décisionnelle à propos du service de garde (cf. 1.1.) est cependant celle de l'assemblée générale du cercle de médecins généralistes : elle peut suivre ou non une « décision » déterminée d'une unité du service de garde, en l'occurrence l'ajout au règlement interne du service de garde d'une spécification concernant le service de garde en semaine.

Si la disposition en question est approuvée par **l'assemblée générale** du cercle de médecins généralistes, elle sera contraignante à l'égard de tous les médecins en exercice de l'unité du service de garde concernée : membres et non-membres.

A priori, au sein de **l'assemblée générale** d'une asbl, une majorité simple est suffisante pour l'adoption de décisions ; naturellement, cette assemblée générale peut se déclarer d'accord sur la nécessité d'une « majorité qualifiée » pour certaines déci-

sions.

Le Conseil national a déjà précisé (avis CNR 071/10) que dans le cadre de l'« élargissement » du service de garde de population à une permanence en semaine, une « majorité qualifiée » procure un soutien plus large par la base, mais qu'elle n'est certainement pas une condition sine qua non.

L'unanimité des voix n'est a fortiori pas une exigence.

2. La deuxième partie de la question porte sur l'**élargissement** de cette garde en semaine : de la **garde de nuit** en semaine (honoraires de disponibilité de 19 heures à 8 heures) à une **garde de jour** en semaine.

Indépendamment du fait que le conseil provincial n'oppose pas d'objections déontologiques à cet élargissement (sous la condition de l'unanimité des voix (cf. question 1), vous apportez une **réserve formelle** à cette **garde de jour en semaine** sur la base de différents arguments.

2. 1. Un premier argument pour une **limitation à la nuit** est tiré des dispositions relatives aux « **honoraires de disponibilité** » pendant les services de garde qui mentionnent expressément une période allant de 19 heures jusqu'au lendemain 8 heures (Commission nationale médecins-mutualités – CNMM).

Les dispositions s'inscrivent dans une **politique plus large** « **visant à soutenir des services de garde de médecine générale performants** » conformément à :

L'accord médico-mutualiste 2011, article 3.4. (Mesures relatives aux médecins de médecine générale).

Article 3.4.

*La Commission nationale médico-mutualiste est plus que jamais convaincue qu'une politique intégrée en matière de services de garde de médecins généralistes et de postes de garde de médecine générale doit être menée afin de pouvoir garantir, à la lumière des **évolutions sociologiques au sein du groupe professionnel, une continuité optimale des soins de première ligne.***

L'accord médico-mutualiste 2009-2010, en particulier l'article 9.

Article 9. DES SERVICES DE GARDE DE MEDECINE GENERALE ORIENTES VERS L'AVENIR

9.1. La CNMM poursuivra à l'avenir ses efforts visant à soutenir des services de garde de médecine générale performants.

9.2. La CNMM attache une grande importance à l'apport des cercles de médecins généralistes afin d'offrir à la population des services de haute qualité dans le cadre des services de garde. La CNMM encourage les initiatives des cercles, désireux de garantir ces services, en optimisant – dans le cadre de la réglementation existante sur l'organisation des services de garde – la contribution des médecins généralistes disponibles pour le service de garde, et en renforçant l'accessibilité aux patients.[...]

La CNMM élaborera également un système par lequel les honoraires de disponibilité dus pour une zone de médecine générale déterminée pourront être utilisés par le cercle de médecins généralistes et être redistribués en vue d'honorer dûment les médecins généralistes qui participent à des formes d'organisation innovantes comme celles qui sont précitées.

9.3. Afin de rester cohérente par rapport à ses autres instruments stratégiques en matière de permanence, de disponibilité et de soutien aux services de garde, et en tenant compte des résultats obtenus suite à l'évaluation des expériences en cours, la CNMM fixera, dans le courant de l'année 2009, les orientations de base visant un financement plus structurel des postes de garde de médecins généralistes – y compris ceux établis dans les grandes villes – afin d'implémenter le nouveau système dans le courant de 2010.

9.4. La CNMM développera sa politique de soutien aux services de garde de médecine générale conformément au Conseil fédéral des cercles de médecins généralistes.

Bien que les **honoraires de disponibilité** se rapportent à une période déterminée dans le temps (19.00 heures à 08.00 heures), il ressort de ces textes de la CNMM que l'**intention politique** est de faire utiliser et redistribuer les budgets disponibles par les cercles de médecins généralistes pour des « formes d'organisation innovantes » et pour « optimiser la contribution des médecins généralistes au service de garde, et renforcer l'accessibilité aux patients » et pour « un financement plus structurel des postes de garde de médecins généralistes » « en matière de permanence, de disponibilité et de soutien aux services de garde ».

Cette **intention politique** de la CNMM crée une marge de libre initiative – pour les cercles de médecins généralistes – en vue de la réalisation de ces objectifs.

2. 2 Un deuxième argument porte sur l'organisation de la **continuité et de la permanence des soins** et sur l'**articulation dans le temps et la hiérarchie professionnelle** entre la/les pratique(s) de médecins généralistes et le service de garde de population **pendant les jours de semaine.**

2. 2. 1. L'articulation dans le temps

Le service de garde de médecins généralistes (arrêté royal précité du 8 juillet 2002, article 5, 1°) doit « légalement » être assuré au minimum **les week-ends et jours fériés**, et bien que cela ne soit pas obligatoire, il peut être organisé **pendant la semaine** dans le même cadre légal attribué aux cercles de médecins généralistes sans que ne soient déjà fixées dans cet arrêté royal une/des définition(s) ou une/des période(s) devant/pouvant comprendre cette **garde en semaine.**

A cet effet, vous renvoyez à l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, qui règle **la continuité et la permanence** des soins, c'est-à-dire la disponibilité et l'accessibilité des médecins généralistes - et des pratiques de médecins généralistes individuelles - en relation avec le service de garde organisé par le cercle de médecins généralistes.

CHAPITRE II. - Critères de maintien de l'agrément et du titre professionnel particulier de médecin généraliste

Art. 10 Pour conserver l'agrément et le titre professionnel particulier de médecin généraliste, le médecin généraliste exerce la médecine générale conformément aux critères suivants :
[...]

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, § 1er, 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, conformément à l'article 2 de l'arrêté royal du 25 novembre 2002 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires de disponibilité aux médecins qui participent à des services de garde organisés.

L'articulation dans le temps entre le médecin généraliste agréé et le service de garde de population est décrite à l'article 10, 5° et 6° **en fonction des périodes durant lesquelles le service de garde est disponible.**

Les heures normales de service – dans le cadre des honoraires de disponibilité – s'étendent de 08.00 heures à 19.00 heures.

Il est alors considéré que chaque médecin généraliste agréé assure en personne **la continuité des soins** ou qu'il l'organise en faisant appel à un autre médecin généraliste (ayant la même qualification – cf. arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, article 8, § 1er) si **du moins un service de garde de médecins généralistes n'est pas disponible durant cette période** (arrêté ministériel précité du 1er mars 2010, article 10, 5°) : cette dernière description permet de conclure qu'il n'y a pas de limite dans le temps et qu'il est au contraire possible d'élargir le service de garde aux heures normales de service durant la journée.

En dehors de ces « heures normales de service », en l'occurrence la période s'étendant de 19.00 heures à 08.00 heures, il est supposé que le service de garde est disponible pour **la permanence des soins** et que chaque médecin généraliste agréé peut y faire appel.

C'est pourquoi on observe une tendance générale dans la plupart des cercles de médecins généralistes, sinon tous, à élargir le service de garde classique des week-ends et jours fériés à une **permanence en semaine** et ce suivant les dispositions de la CNMM et de l'Accord dont il est question, et suivant l'arrêté ministériel précité du 1er mars 2010 : au moins de 19.00 heures à 08.00 heures, mais en complément aussi durant d'autres périodes fixées dans le règlement interne du service de garde.

2. 2. 2. La hiérarchie professionnelle

Le souci de la continuité et de la permanence des soins – dans l'intérêt du patient – doit être appréhendé dans la perspective d'une **relation « médecin généraliste-patient » constante**, en prêtant attention à la gestion de et à l'accès aux données médicales du dossier médical global. Mais dans la mise en application, il faut faire une distinction entre, d'une part, une continuité des soins pour la patientèle de la pratique, et d'autre part, la mission d'un service de garde de population organisé par les cercles de médecins généralistes.

C'est par priorité au médecin généraliste traitant qu'il incombe d'assurer une disponibilité et une accessibilité optimale pour ses propres patients, et ce certainement au moins pendant les heures normales de service (arrêté ministériel précité du 1er mars 2010).

En cas d'absence, le médecin généraliste dispose de différentes possibilités : soit il organise lui-même la continuité des soins en faisant appel à un autre médecin généraliste agréé (arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 précité, article 8), en ayant le choix de recourir à d'autres médecins généralistes agréés ou à des formes de pratiques davantage structurées comme des pratiques de groupes, des accords de collaboration ou des réseaux, soit il fait appel au service de garde de population organisé par le cercle de médecins généralistes (arrêté royal n° 78 précité, article 9).

La **hiérarchie professionnelle** entre le (la pratique du) médecin généraliste individuel et ce service de garde de population est cependant clairement définie dans l'arrêté royal précité du 8 juillet 2002 :

Article 5, 6 : le service de garde de médecins généralistes est subsidiaire à la permanence pour la patientèle généraliste. La délimitation entre la permanence et le service de garde doit être réglée dans le règlement d'ordre intérieur.

Cette disposition implique que le transfert de la continuité des soins d'une pratique de médecin généraliste au service de garde est conditionnelle et que les modalités doivent être définies dans le règlement interne du service de garde.

L'élargissement du service de garde de population à une **permanence en semaine**, avec spécification des périodes (nuit et/ou journée ou une permanence de 24 heures), doit dès lors figurer dans le règlement interne du service de garde.

Il appartient au conseil provincial de l'Ordre de procéder au contrôle sur le plan déontologique (les statuts du cercle de médecins généralistes et le règlement interne du service de garde). La commission médicale provinciale doit également être informée de l'élargissement à une permanence en semaine.

La participation à la permanence/garde en semaine relève des mêmes dispositions « impératives » que le service de garde des week-ends et jours fériés : la participation générale est obligatoire.

***La mention du titre de médecin dans la rubrique «Homéopathie/Acupuncture» et la mention «Homéopathie/Acupuncture» dans la rubrique «Docteurs en médecine» d'un annuaire téléphonique
(22/01/2011)***

MOTS-CLES :

Acupuncture – Annuaire téléphonique – Homéopathie – Publicité et réclame

REFERENCE :

a132014f

Il est demandé au Conseil national de l'Ordre des médecins si, dans le cadre de la nouvelle législation, un médecin est autorisé à utiliser les mentions 'acupuncture' et 'homéopathie' dans un annuaire téléphonique.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 22 janvier 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance de votre courriel du 26 octobre 2010 concernant l'acupuncture et l'homéopathie.

Le Conseil national maintient la position formulée dans son avis du 9 septembre 2006 concernant la mention du titre de médecin dans la rubrique «Homéopathie» et la mention «Homéopathie» dans la rubrique «Docteurs en médecine» d'un annuaire téléphonique (BCN n° 114, p. 5).

Le Conseil national observe qu'à ce jour, l'homéopathie ne fait pas partie de la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art de guérir et ne peut se prévaloir d'une reconnaissance scientifique.

Dans ces conditions, il ne peut autoriser que des docteurs en médecine soient mentionnés dans la rubrique "Homéopathie" ni que la mention "Homéopathie" figure dans la rubrique "Docteurs en médecine".

L'évaluation du système européen de reconnaissance des qualifications professionnelles discutée au CPME⁽¹⁾

Dr. R. Kerzmann

Adoptée le 7 septembre 2005, la Directive européenne 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles définit les règles pour la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles entre les Etats Membres. Mises à part quelques innovations, elle a permis de consolider et simplifier 15 Directives précédentes, dont certaines ont été adoptées dès les années 1960.

La période de transposition de cette directive dans les différentes législations des pays d'Europe s'est terminée le 20 octobre 2007. La Commission vient de publier un premier rapport⁽²⁾ sur le fonctionnement de cette directive. Bien qu'il établisse que la reconnaissance automatique des qualifications constitue un acquis significatif, ce texte soulève, outre le problème des retards dans sa transposition, des questions notamment sur la réticence des états à simplifier la procédure administrative relative à la mobilité temporaire des professionnels. Ce rapport constate également que les avantages d'un Code de conduite pour les autorités compétentes n'ont pas été pleinement exploités.

Par ailleurs, la Commission européenne a récemment adopté l' "Acte pour le Marché unique"⁽³⁾ qui énonce une série de mesures à mettre en œuvre d'ici fin 2012 pour relancer la croissance et renforcer les droits des citoyens en Europe. Parmi ces dernières, la Commission propose une réforme du système de reconnaissance des qualifications professionnelles comme moyen pour faciliter la mobilité des citoyens occupés notamment dans les professions de santé.

Respectant une tradition bien ancrée, le CPME a, lors de la réunion plénière d'automne qu'il a organisée à Bruxelles le 27 novembre dernier, réservé sa tribune à un membre qualifié de la Commission Européenne en l'invitant à lui faire part de l'état d'avancement de ce grand chantier qui intéresse au premier degré les médecins européens.

C'est ainsi que Jürgen Tiedje⁽⁴⁾ représentant la DG Marché Intérieur et Services, en charge de la reconnaissance des qualifications professionnelles, a exposé que sous certains aspects la Directive 2005/36/EC doit faire l'objet de ce qu'il préfère appeler une « modernisation » plutôt que d'une refonte complète comme certains l'avaient évoquée.

En effet, alors qu'au départ du processus d'évaluation il n'apparaissait pas clairement dans quelle mesure la directive devait être modifiée, il a souligné qu'à la faveur de réunions « techniques » menées avec la participation active de professionnels mandatés de différents secteurs de la santé que la Commission a acquis la certitude qu'elle doit en adapter le contenu et proposer un texte modernisé.

L'évaluation vise à analyser, sur la base d'éléments concrets, dans quelle mesure la législation a atteint ses objectifs et si ces objectifs sont toujours pertinents au regard des besoins qui, entre-temps, peuvent avoir évolué.

Le modus laborandi choisi est de consulter les parties intéressées sur les trois principaux défis de la réforme du système de reconnaissance des qualifications professionnelles que sont :

- la simplification des règles existantes au profit des citoyens;
- l'intégration optimale des professions au sein du Marché Unique;
- la recherche d'une plus grande fiabilité au sein du système.

Le calendrier établi prévoit la réalisation d'une consultation publique⁽⁵⁾, actuellement en cours, dont le terme est annoncé pour la mi-mars 2011 puis l'évaluation globale dont les conclusions seront publiées dans un Livre Vert en octobre 2011. Une réécriture législative pourra être engagée dès 2012.

Jürgen Tiedje a dressé un aperçu rapide, nécessairement non exhaustif, des problèmes rencontrés dans différents domaines de la révision. Ils concernent le contenu de la formation minimale de base, les prestations temporaires et occasionnelles, la coopération administrative des Etats membres en ce compris au plan disciplinaire ou bien encore la connaissance de la langue du pays d'accueil.

Retenons de l'exposé proposé, à titre exemplatif des difficultés rencontrées, les préoccupations relatives à la connaissance des langues, à la formation continue et à l'utilisation éventuelle d'une carte professionnelle.

En ce qui concerne le premier de ces thèmes sensibles, la Commission souhaite aborder deux questions : la nouvelle Directive devra-t-elle prévoir des dispositions générales pour un contrôle plus strict de la connaissance des langues ? Ou bien, devra-t-elle inclure des dispositions pour la connaissance des langues liées spécifiquement à l'exercice des professions de soins de santé ? Ce problème est assurément délicat car, au-delà de situations particulières à la population de certains Etats membres et à la lumière de problèmes survenus il y a peu dans ce domaine, il soulève la question des coûts des formations linguistiques pour les professionnels de la santé. Avant la transposition de la Directive 2005/36, il appartenait en effet aux Etats membres qui accueillaient les travailleurs migrants de les aider activement à apprendre la langue du pays ; cela a été

abandonné par l'actuelle directive qui laisse désormais cette initiative aux employeurs. Dès lors, si des tests systématiques de connaissance étaient mis en place, à qui leur organisation, leur contrôle et surtout leur coût incomberaient-ils ?

Le développement professionnel continu est aussi l'objet de nombreux débats. Diverses autorités compétentes des Etats membres soulignent l'importance de celui-ci par rapport à la qualité des soins à laquelle les patients ont droit ; certaines suggèrent même de profiter de la directive pour le rendre obligatoire en y prévoyant que les migrants ne peuvent s'installer ni demander leur reconnaissance dans un autre pays de l'espace européen s'ils n'en apportent pas la preuve. Il semble toutefois particulièrement difficile d'inclure actuellement de telles dispositions de revalidation ou de recertification dans la nouvelle directive étant donné par ailleurs l'obligation éthique qu'ont déjà les divers professionnels de la santé « nationaux » de prendre toute disposition nécessaire dans ce sens. Il reste vrai cependant que de nouveaux mécanismes de contrôle devront être étudiés pour acquiescer la certitude que les professionnels de la santé assurent l'actualisation de leurs compétences.

Enfin, pour ce qui relève de l'utilisation d'une carte professionnelle, la Commission semble convaincue de l'utilité d'un système d'identification uniforme eu égard à la mobilité des professionnels de la santé, notamment pour les prestataires de services. Elle pourrait accélérer grandement la procédure de reconnaissance qui dure régulièrement trois mois et permettre ainsi la validation des compétences revendiquées tant auprès des Etats membres qui hébergent les migrants qu'auprès de leurs employeurs potentiels. Elle devrait par ailleurs être implémentée au système IMI⁽⁶⁾. Le développement de cette carte soulève néanmoins de nombreuses questions tant un système uniforme paraît difficile à mettre en place techniquement et qu'il pose clairement la question des coûts pour le créer puis le maintenir fonctionnellement fiable. Il est cependant prévu qu'un groupe de pilotage soit mis en place au début 2011 pour étudier la faisabilité du projet.

On le constate aisément à la lecture de ces trois exemples, le nombre et la nature des améliorations à apporter mériteront l'implication la plus déterminée des autorités compétentes interrogées pour que les professionnels de santé rencontrent à l'avenir moins de difficultés lorsqu'ils veulent faire reconnaître leurs qualifications professionnelles dans un autre Etat membre.

La discussion qui a suivi cet intéressant exposé a permis quant à elle de prendre toute la mesure non seulement de l'intérêt manifeste des participants pour les questions abordées mais aussi des difficultés qui restent à affronter pour les résoudre.

14

(1) Comité Permanent des Médecins Européens

(2) 22 octobre 2010, réf. IP/10/1367 - http://www.ec.europa.eu/internal_market/qualifications/evaluation_en.htm

(3) 27 octobre 2010 – Commission Européenne – Document COM (2010) 608 final

(4) DG Marché Intérieur et Services – Direction D – Economie basée sur la connaissance – Unité D4 – Qualifications professionnelles

(5) http://ec.europa.eu/internal_market/consultations/2011/professional_qualifications_fr.htm

(6) « Internal Market Information system » ou système d'information sur le marché intérieur. L'IMI est une application en ligne sécurisée qui permet aux **autorités nationales, régionales et locales** de **communiquer** facilement et rapidement avec les autorités d'autres pays. Le système est accessible par internet et ne nécessite l'installation d'aucun logiciel. Voir aussi Bulletins du Conseil National n° 116, juin 2007, page 14 et n°119, mars 2008, page 9.

Assemblée du Conseil de l'AMM (Association Médicale Mondiale) de mai 2010.

Prof. A. Herchuelz
Dr J. L. Desbuquoit

La réunion d'Evian a été émaillée par 2 évènements marquants :

Le 1er concernait la mise en prison récente (avril 2010) du Président élu de AMM) le Dr Kétan Desai (Inde) au motif de corruption. Le Dr Desai est le Président de l'Association Médicale Indienne et se serait fait verser une somme importante sur son compte personnel pour la reconnaissance d'une association médicale locale. La question était de savoir ce que l'AMM devait faire en la matière : fallait-il nommer un nouveau Président ou attendre qu'un jugement soit rendu. La parole a été donnée à la délégation indienne qui a déclaré qu'il s'agissait d'une machination ourdie par le ministère de la santé publique indien à l'encontre du Dr Desai. Ce dernier est un défenseur acharné de cause médicale et est unanimement apprécié par ses confrères et consoeurs en Inde. C'est afin de le contrer et d'imposer ses décisions aux médecins que le ministère a mis sur pied une demande bidon et versé une somme sur le compte du Dr Desai, à son insu, afin de pouvoir l'inculper et le mettre en prison. Décision a été prise d'attendre la prochaine réunion de l'AMM (octobre 2010) avant de décider s'il fallait remplacer le Dr Desai.

Le 2ième concernait une déclaration de l'AMM à propos de la collaboration médecins-pharmaciens. Lors de commission des affaires médico-sociale, cette déclaration avait été discutée et la délégation allemande avait demandé d'ajouter à la déclaration la phrase suivante : « Le droit de prescrire des médicaments devrait être uniquement du ressort du médecin ». Lors de l'assemblée, la délégation islandaise a demandé de retirer cette phrase car contraire à la réalité existant dans son pays. La proposition a été suivie d'un débat très animés ou une fracture très importante est apparue entre d'une part les pays anglo-saxons et scandinaves (pour la suppression de la phrase) et d'autre part les pays latins, germaniques et asiatiques (pour le maintien de la phrase). La proposition de retirer la phrase a été mise au vote et a été rejetée (13 voix contre, 8 voix pour plus une abstention) ! La délégation canadienne est intervenue en disant qu'il devait y avoir erreur, que le résultat du vote devait être inverse et qu'il fallait revoter !! S'en est suivi une 2ième discussion sur la nécessité de revoter. Finalement le Président (américain) à mis au vote la proposition de revoter et le résultat du vote a été 13 voix contre et 9 voix pour !!! Suite au prochain numéro : l'adoption finale ne peut se faire qu'en Assemblée Générale en octobre 2010. Dans bulletin ultérieur, la décision finale vous sera rapportée.

Les autres points abordés durant la réunion ont été les suivants

1. Rapport du comité des affaires médico-sociales

Les recommandations suivantes ont été approuvées

Approbation par le Conseil des propositions de prise de position suivantes de l'AMM et transmission à l'Assemblée Générale avec une recommandation d'adoption sur :

1. la dégradation de l'environnement et la gestion saine des produits chimiques
2. la violence dans la famille
3. la violence contre les femmes et les jeunes filles

Approbation par le Conseil d'une révision majeure de la Déclaration d'Edinburgh sur les conditions carcérales et la propagation de la tuberculose et d'autres maladies transmissibles. L'Association Médicale Britannique avec le CICR (Comité International de la Croix Rouge) s'est portée volontaire pour travailler sur la révision.

Diffusion par le Conseil aux membres constituants pour commentaires de la Proposition de révision de la résolution de l'AMM sur les soins médicaux pour les réfugiés et les personnes déplacées internes.

Points extraits pour étude individuelle

Prescription de médicaments et Relations entre médecins et pharmaciens dans les traitements médicaux

Les points « Prescription de médicaments » & « Relations entre médecins et pharmaciens dans les traitements médicaux » ont été tous deux extraits et il a été fait observé que les deux sujets étaient interconnectés. Le nouveau texte ajouté au paragraphe 2 de la Proposition de révision de la résolution de l'AMM sur les Relations entre médecins et pharmaciens dans les traitements médicaux a donné lieu à débat « *Le droit de prescrire des médicaments devrait être uniquement du ressort du médecin* ».

Motion a été prise de supprimer cette phrase: la motion n'a pas été adoptée : 8 voix pour et 13 contre, 1 abstention.

La recommandation originale 2.3.1 (voir ci-dessus) a été acceptée : 13 voix pour et 9 contre cette recommandation.

Proposition d'une conférence sur les soins de santé primaires

Le groupe de travail sur le lobbying a demandé au Conseil d'approuver la proposition d'organiser une conférence sur les soins de santé primaires, début mars 2011 en suggérant comme lieu Tupelo dans le Mississippi, Etats Unis. Après discussion, il a été convenu qu'un petit groupe de travail serait constitué pour étudier cette idée, déterminer sa faisabilité et voir si un soutien financier est possible du côté d'autres organisations internationales intéressées par les soins de santé primaires. Si l'on décide de poursuivre cette idée de conférence, ce groupe de travail choisira le lieu. Les Associations Médicales Allemande, Canadienne, Australienne et Britannique se sont portées volontaires pour ce groupe de travail. Le Président du Conseil nommera les membres et le président de ce groupe.

L'Association Médicale Brésilienne a proposé de créer un groupe de travail pour étudier la possibilité pour l'AMM de s'impliquer davantage dans l'aide aux victimes de catastrophes. Le Secrétaire Général a demandé à l'Association Médicale de préparer un document avant de s'intéresser à un futur groupe de travail.

2. Rapport du Comité des Finances et du Planning

Le bilan financier provisoire de 2009 a été approuvé

Il a été décidé de tenir la prochaine session du Conseil à Sydney du 7 au 9 avril 2011.

Il a été décidé d'approuver la tenue d'une réunion d'experts début 2011 à Dubaï en collaboration avec l'Association Médicale des Emirats.

Transmission par le Conseil de la Candidature de membre constituant de l'Associação Médica de Moçambique à l'Assemblée Générale en recommandant d'accepter l'association comme membre de l'AMM.

Approbation de la Proposition révisée du groupe de travail sur la réforme des membres associés.

Retrait de la Proposition sur les Privilèges de vote du Président du Conseil de l'AMM avec ses changements consécutifs des statuts.

Consolidation des documents de gouvernance de l'AMM avec autorisation accordée au groupe de travail de procéder à la consolidation proposée des documents de gouvernance de l'AMM en passant de quatre à deux documents, et diffusion de la proposition auprès des membres constituants pour commentaires.

Approbation de la poursuite d'élaboration des options pour une matrice de présentation de nouvelles politiques.

Plan stratégique de l'AMM

L'Association Médicale Américaine a demandé des explications sur la procédure d'élaboration du plan stratégique de l'AMM, en exprimant le souhait que le Conseil ait un impact sur le plan. Le Secrétaire Général a expliqué que le plan était toujours ouvert aux contributions et que tous les membres du Conseil pouvaient proposer des idées à tout moment. L'Association Médicale Britannique a recommandé l'étude par l'AMM d'un plan « déroulant » sur 5 ans avec des priorités établies chaque année en réponse aux événements mondiaux à ce moment là. Le Secrétaire Général a répondu que c'était le format de base à un niveau informel mais que l'on pourrait le formaliser pour le Conseil. Plusieurs membres du Conseil se sont prononcés en faveur de cette approche. Le Secrétaire Général a également fait observer qu'un outil de mise en réseau social serait présenté en tant que partie du site Internet en juin et que ce réseau pourrait servir pour impliquer des membres dans l'élaboration du plan stratégique. Il a été suggéré de prévoir une demi-journée avant l'Assemblée Générale pour discuter du plan stratégique. Le Secrétaire Général a alors expliqué qu'il n'y aurait pas de temps disponible pour cela et qu'il était donc très important que le plan stratégique soit quasiment terminé lorsque le Comité Exécutif se réunira juste avant l'Assemblée. Le Président du Conseil a noté que les suggestions devraient être envoyées par mail au Secrétaire Général.

Le Président du Comité des Finances et du Planning a noté que la discussion sur le plan stratégique inclurait le planning relatif au World Medical Journal.

3. Rapport du Comité d'éthique médicale

Les recommandations suivantes ont été prises :

Réaffirmation par le Conseil de la Déclaration sur les Principes régissant les soins de santé en médecine sportive.

Transmission à un groupe de travail de la prise de position de l'AMM sur les soins de santé en fin de vie.

Points extraits pour étude individuelle

Utilisation de placebo dans la recherche médicale

Le Dr. Parsa Parsi a demandé qu'une recommandation concernant la désignation du groupe de travail soit incluse dans la liste des recommandations pour le Conseil. Les recommandations supplémentaires avaient été incluses dans les rapports écrits et oraux fournis au Comité. Le Conseil a approuvé la série suivante de recommandations amendées en provenance du Comité:

- Etablissement d'une stratégie afin de poursuivre les discussions,
- Rédiger à nouveau le §32 de la Déclaration d'Helsinki ce qui faciliterait une future révision de toute la Déclaration
- Envisager une conférence d'experts en juillet 2011 à Tokyo, Japon.
- Désigner à nouveau un groupe de travail pour poursuivre le travail dans ce domaine

Les Associations Médicales Brésilienne, Danoise, Allemande, Américaine, Japonaise et le Sindicato Médico del Uruguay se sont portés volontaires pour former un groupe de travail. Le Président du Conseil nommera les membres et le président de ce groupe.

Déclaration de Tokyo

Il a été demandé au Conseil d'ajouter le (CICR) au groupe chargé de réviser la proposition de mise au point d'un mécanisme de suivi et de signalement pour permettre de contrôler l'adhésion des états à la Déclaration de Tokyo et commentaires.

Le Conseil a approuvé la recommandation suivante:

Collaboration des Associations Médicales Danoise et Britannique pour réviser la proposition, de concert avec la CICR, en tenant compte des ressources et des autres contraintes, des objectifs de l'AMM et des inquiétudes soulevées ainsi que des suggestions faites au cours de la réunion du Comité.

4. Travail de l'organisation mondiale de la santé (OMS)

Le Conseil a reçu le rapport oral sur l'ordre du jour de la 63^e AMS de l'OMS. Le Dr. Julia Seyer a fait savoir à propos de la question de la contrefaçon des produits médicaux que certaines personnes prétendaient que l'OMS n'avait aucun mandat pour travailler sur ce sujet car il s'agit essentiellement d'un sujet portant sur la propriété intellectuelle qui doit donc être traité par l'Organisation Mondiale du Commerce. Une campagne pour renforcer le mandat de l'OMS en avançant comme argument qu'il s'agit d'une question de santé publique, a conduit à l'ébauche d'une résolution. Toutefois, le statut de la résolution est encore incertain et ne sera pas connu avant la fin de la semaine. L'autre sujet clé concerne une résolution sur un code de pratique qui cherche à compenser les effets négatifs de la migration médicale en tenant compte des besoins des travailleurs sanitaires, des pays sources et des pays d'arrivée. Des discussions ont cependant lieu sur le fait de supprimer le terme « migration » et « recrutement éthique » ce qui affaiblirait alors gravement le document.

5. Autres dossiers

L'Association Médicale Britannique a rappelé au Conseil que la conférence mondiale de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé aura lieu en 2011. Il est capital que l'AMM veille à ce que la voix des médecins soit prise en compte dans le programme de cette conférence. Dans les 10 prochaines années, on peut s'attendre à ce que les états investissent beaucoup d'argent dans tout ce qui touche aux déterminants sociaux de la santé et les médecins doivent prendre part aux discussions. Le Dr. Nathanson a proposé de faire circuler, via le secrétariat, un article que le Dr Michael Marmot préparera sur ce sujet afin que le Groupe chargé des activités de lobbying puisse coordonner les efforts de l'AMM. Le Président a accepté cette suggestion.

Le Dr. Seyer a signalé que l'AMM travaillait étroitement avec le réseau mondial de rédacteurs sur la santé qui a publié un guide sur l'alphabétisation et la santé et un guide de sensibilisation. Les deux seront disponibles sur le site Internet de l'AMM.

European Forum; of medical associations (EFMA) – OMS Saint-Pétersbourg, 19-21 septembre 2010

Dr J. L. Desbuquoit
Prof. A. Herchuelz

Quelques mots sur l'EFMA

En 1984, le directeur régional (région Europe) de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) avait appelé les NMA (National Medical Associations) de la région Europe à se pencher une fois par an sur les problèmes relatifs à la santé propres à leur région.

C'est dans le prolongement de cette initiative que le EFMA fut créé officiellement en 1991 à Helsinki.

Bon nombre des pays participants appartenaient à l'ancien Bloc de l'Est, les NIS (Newly Independent States), et n'étaient pas (encore) membres d'autres organisations comme le CPME (Comité Permanent des Médecins Européens) et la WMA (World Medical Association).

Le EFMA-OMS, qui s'est réuni cette année à Saint-Pétersbourg en Russie du 19 au 21 septembre, a été accueilli dans les locaux prestigieux du parlement régional, notamment par les autorités locales et madame Jakab, directeur régional de l'OMS-Europe.

Le Conseil national avait délégué deux de ses membres : le professeur A. Herchuelz et le docteur JL Desbuquoit.

Les activités ont débuté par trois workshops qui se sont tenus en parallèle :

- « Social disparities in health »
- « Information management systems in health »
- « Patient safety: from medical liability to critical incident reporting ».

La délégation du Conseil national était présente à ce dernier.

Monsieur Bartolo, avocat et professeur, a exposé la situation dans son pays au nom de la « Portuguese Medical Association ».

Le Portugal ne dispose d'un système de responsabilité « objective » (le système « no fault ») que dans quatre domaines : les expérimentations, le don d'organes ou de tissus, l'exposition à des rayonnements de radium et la responsabilité des hôpitaux (pour les médecins, la responsabilité « subjective » classique continue de s'appliquer).

Il est insisté sur la nécessité de rapporter les incidents critiques afin d'améliorer la prévention des accidents ou fautes. Pour éviter la crainte d'une autoaccusation en rapportant ces incidents, il convient de séparer rigoureusement cette démarche de la procédure d'engagement d'éventuelles poursuites.

Le docteur Thomeczek (Allemagne) a souligné l'analogie entre le rapport d'incidents médicaux et celui d'incidents dans le secteur aéronautique (« Aviation/Critical incident reporting »).

Enfin, le docteur Rohe (Allemagne) a donné un exposé sur le « CIRS » (« Critical Incident Reporting System ») devenu un système performant de prévention des fautes et accidents médicaux en Allemagne et actuellement aussi en collaboration avec l'Autriche et la Suisse (cf. www.CIRSmedical.de).

Trois réunions communes ont suivi :

Section 1 :

Divers thèmes ont été développés :

- « Helping people take control – Change4life-program and the obesity epidemic in the UK » par le docteur Nathanson – “British Medical Association”
- “Chronic non-communicable diseases” (obésité, alcool, nicotine) par le docteur Moller – OMS
- « Influenza H1 N1 : status report and discussion » par le docteur Mercer – OMS

Concernant ce dernier sujet, nous avons appris que, compte tenu de l'expérience récente, les critères de définition des phases (1 à 6) d'une pandémie grippale vont être réévalués et éventuellement modifiés.

Section 2 : « Logistic systems in emergency care »

Un exposé particulièrement notable a été présenté par le docteur Ararat (« Undersecretary of State – Ministry of Health – Romania »).

L'exposé portait sur l'organisation de l'aide médicale urgente en Roumanie.

Il n'existe en Roumanie qu'un seul numéro de secours, le 112. Tous les autres numéros d'appel ont été supprimés.

Une collaboration complètement intégrée entre la police et le service d'incendie (département de l'Intérieur) d'une part et les prestataires de soins (département de la Santé publique) d'autre part, dans les centres d'appel du 112, permet une concertation très efficace en vue d'un triage approprié et de l'envoi rapide des secours adéquats.

Section 3 :

Dans cette section, les responsables OMS et les représentants de quelques associations médicales nationales ont évoqué la politique de lutte contre la consommation de nicotine, l'abus d'alcool et la prescription injustifiée d'antibiotiques. Les effets de la crise économique et financière sur la politique de santé ont également été abordés.

La prochaine réunion du EFMA aura lieu à Bruxelles en juin 2011.

Deux sites Internet apportent des informations sur le EFMA : www.efma-forum.org ou www.efma-forum.com

Rapport de l'Assemblée générale de l'Association Médicale Mondiale – Vancouver, 13-16 octobre 2010

Dr J. L. Desbuquoit
Prof. A. Herchuelz

Pour une description détaillée de l'historique, de la structure et de l'organisation de L'Association Médicale Mondiale (AMM), le lecteur se reportera utilement à l'article du professeur G. De Roy « Faire connaissance avec les Associations Médicales Internationales » paru dans le numéro 113 du Bulletin du Conseil national, p.11.

L'Assemblée générale annuelle de l'AMM s'est tenue à Vancouver (Canada – province de la Colombie Britannique). Deux membres du Conseil national ont participé à cette Assemblée générale : le professeur A. Herchuelz et le docteur J.L. Desbuquoit.

Vous trouvez ci-dessous un résumé des activités qui se sont déroulées dans le cadre de cette Assemblée générale. Les premières réunions sont celles des « Standing Committees » (Comité d'éthique médicale, Comité des affaires médico-sociales et Comité des finances et du planning) qui accomplissent un travail préparatoire. Ces documents sont ensuite discutés en Conseil (« Council »). Il est alors décidé des documents qui seront soumis à l'approbation de l'Assemblée générale, éventuellement dans une version remaniée si nécessaire. Le Conseil décide aussi de la présentation à l'Assemblée générale de documents rédigés par des groupes de travail chargés d'étudier des matières très spécifiques.

Les documents que l'Assemblée générale a approuvés cette année sont les suivants.

1. Prise de Position de l'AMM sur la Dégradation de l'Environnement et sur une Bonne Gestion des Produits Chimiques

(document du Comité des affaires médico-sociales).

Les recommandations :

- Insister auprès des gouvernements pour qu'ils instaurent une réglementation efficace et cohérente en la matière.
- Promouvoir les meilleures pratiques dans la manipulation des produits chimiques en utilisant des produits alternatifs plus sûrs et en traitant les déchets d'une manière sûre et durable.
- Réduire la part des produits pharmaceutiques dans la problématique des déchets.
- Œuvrer à la collaboration des associations médicales nationales en vue de la réalisation de ces objectifs.

2. Prise de position de l'AMM sur la Violence dans la Famille

(document du Comité des affaires médico-sociales)

Les recommandations :

- Les médecins devraient recevoir une formation adéquate aux aspects médicaux, sociologiques, psychologiques et préventifs en cette matière.
- Les associations médicales nationales devraient encourager et soutenir la coordination d'actions en vue de lutter contre ce phénomène et de promouvoir la recherche scientifique dans ce domaine.
- Les médecins doivent être constamment vigilants et être attentifs aux signaux d'alarme.

3. Résolution de l'AMM sur la Violence à l'Encontre des Femmes et des Jeunes Filles

(document du Comité des affaires médico-sociales)

Ce document contient une définition large de la (du terme) « violence » et une analyse de ses conséquences. Il propose un large éventail d'actions pouvant être entreprises par l'AMM et les médecins sur le plan médical et social pour combattre cette violence.

4. Prise de position de l'AMM sur les Relations de Travail entre Médecins et Pharmaciens dans le Cadre du Traitement Pharmacologique

Le sujet a été soumis à l'Assemblée par l'Association médicale islandaise par la voie du Conseil (« Council »).

L'accent est mis sur les responsabilités du médecin et du pharmacien et leur coopération dans le respect des compétences de chacun afin d'obtenir les meilleurs résultats pour la santé du patient.

5. Prise de position sur la Prescription de Médicaments

La position a été élaborée et présentée par un groupe de travail placé sous la direction du Conseil général des collègues médicaux d'Espagne.

Les principes suivants y sont retenus :

- La prescription de médicaments devrait reposer sur un diagnostic correct de l'état de santé du patient et devrait être effectuée par ceux qui ont suivi avec succès un cursus complet sur la physiopathologie, les méthodes de diagnostic et le traitement médical de la maladie en question.
- Le médecin est la personne la plus qualifiée pour prescrire des médicaments d'une manière autonome.
- Dans certains pays, la législation permet que des médicaments soient prescrits dans certaines situations particulières, et le plus souvent sous une supervision médicale, par d'autres professionnels ayant suivi généralement une formation et un enseignement complémentaires.

Comme rapporté à l'époque par le professeur Herchuelz, cette matière avait déjà fait l'objet de vives discussions lors de la réunion du Conseil (« Council ») à Evian en mai 2010.

Ce texte est un compromis entre, d'une part, les pays latins, germaniques et asiatiques défendant la compétence exclusive du médecin en matière de prescription et, d'autre part, les pays anglo-saxons et scandinaves moins catégoriques. Il convient de noter qu'en Belgique, la loi (arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, article 21 octiesdecies, § 3) prévoit la prescription autonome de certains médicaments par les sages-femmes sous les conditions définies par le Roi.

6. Prise de position de l'AMM sur les Soins Médicaux aux Réfugiés, dont les Demandeurs d'asile, les Demandeurs d'Asile Non Admis et les Migrants sans Papiers ainsi que les Personnes Déplacées en interne

Ce document était proposé par l'Association médicale suédoise.

La position suivante y est développée :

- Quel que soit le statut du patient, le médecin a le devoir de fournir des soins médicaux appropriés et les gouvernements ne peuvent y faire obstacle.
- Les associations médicales nationales doivent activement soutenir ce droit fondamental et dénoncer les législations et les pratiques qui y portent atteinte.

Autres points de l'agenda à noter :

- Election du président de l'AMM pour 2010-2011 : Docteur Wonchat SUBHACHATURAS (association médicale de Thaïlande).
- Décision sur la prochaine Assemblée générale : Montevideo (Uruguay) -12-15 octobre 2011.
- Acceptation de deux nouveaux membres de l'AMM : le Mozambique et la Serbie.

Des informations plus détaillées concernant cette Assemblée générale et les activités de l'AMM sont disponibles sur le site Internet : www.wma.net



COLOFON

ORDRE DES MEDECINS

Conseil national,
Place de Jamblinne de Meux 34-35, 1030 Bruxelles,
Tél. 02/743.04.00—Fax: 02/735.35.63
E-mail: info@ordomedic.be—Site internet: <http://www.ordomedic.be>

REDACTEURS EN CHEF

Pr Dr G. Rorive, Dr P. Beke

EDITEURS RESPONSABLES

Pr Dr W. Michielsens, Dr J. Noterman,
Place de Jamblinne de Meux 34-35, 1030 Bruxelles,

Les articles signés n'engagent que la responsabilité de leur auteur.