

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
JUN 2011

N° 133

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Pr G. Rorive*

CODE DE DEONTOLOGIE

2 Ajout à l'article 58 du Code de déontologie médicale

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- 3 - Certificat médical type en matière de régularisation médicale d'étrangers
- Demande d'information à une commission médicale provinciale relative à un médecin privé du droit d'exercer la médecine
 - Invitation annuelle des patients à risque à la vaccination pneumocoque – Prescription
 - Tests de paternité – Modification de l'avis du 19 octobre 1996
 - Administration de toxine botulique (botox)
 - Enquête Test-Achats – Qualité des hôpitaux
 - Pharmacien clinicien dans un hôpital
 - Disaster Victim Identification Team (DVI) – Secret professionnel
 - Participation à la garde de généralistes (de jour) en semaine – Décision du cercle de médecine générale
 - Secret professionnel – Information au VDAB concernant le handicap à l'emploi

QUESTIONS ET REPONSES

14 Site internet www.mijndroomdokter.be

CHRONIQUE INTERNATIONALE

15 - L'Association Médicale Mondiale (AMM)

Pr A. Herchuelz

- Compte-rendu de la réunion du CPME, Bruxelles, 27 novembre 2010

Dr P. Beke

Dr R. Kerzmann

- European Association for Physician Health (EAPH), Barcelone,
1 - 3 décembre 2010.

S. De Maesschalck

Dr P. Beke

Le numéro 133 du Bulletin contient une série d'avis rendus par le Conseil national sur des sujets très variés : le certificat médical en matière de régularisation médicale d'étrangers, la demande d'information auprès d'une commission médicale provinciale d'un pharmacien relative à un médecin privé du droit d'exercer la médecine, l'invitation à la vaccination contre le pneumocoque, l'usage de la toxine botulinique, l'exercice de la pharmacie clinique, l'accès aux dossiers médicaux par la Disaster Victim Identification Team (DIV), la participation à la garde de semaine, l'information demandée par l'office flamand de l'Emploi et de la Formation concernant les patients souffrant de handicap. Beaucoup de ces avis concernent d'une manière plus ou moins directe le secret médical, de plus en plus souvent mis en question, soit par les exigences du régime de sécurité sociale, soit par une pratique médicale de moins en moins individuelle, soit encore par la société qui exige aujourd'hui un certificat médical pour une multitude d'activités : la pêche à la ligne, le port d'arme, la dispense de la ceinture de sécurité, le travail en Horeca pour ne citer que des questions récemment traitées par le Conseil national. On peut craindre que la multiplication de ces demandes, dont certaines n'ont que des relations lointaines avec la santé proprement dite, n'accélère la dépréciation que connaît le certificat médical depuis quelques temps.

La lecture de ces avis ne paraît pas poser de difficultés particulières. Par contre, on ne peut que recommander une lecture attentive de l'avis concernant les tests de paternité. Le texte a été rédigé en octobre 1996 par Madame Hustin-Denies de la Faculté de Droit de l'UCL et actualisé ce 5 mars 2011 par le Conseil national en tenant compte de l'évolution de la législation. Il nous paraît un condensé d'éthique et de déontologie médicale. L'auteur y rappelle en quelques lignes les limites dans lesquelles la réalisation d'une activité médicale invasive est autorisée par la loi et plus spécifiquement par l'article 11 de l'Arrêté royal 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Les conditions de la légalité formelle de l'acte médical exigent qu'il soit réalisé par un praticien compétent, dans le but de veiller à la santé du patient, en lui prodiguant les meilleurs soins et en ayant obtenu son consentement libre et éclairé. Ceci implique, continue Madame Hustin Denies, que l'acte médical doit être respectueux de la personne humaine et que le praticien n'adoptera pas une mesure, qu'elle soit diagnostique, thérapeutique ou préventive, qui ne serait pas utile ou qui ne serait pas strictement nécessaire à la santé du patient.

Ces données fondamentales méritent d'être rappelées alors que certains aspects de l'évolution récente des soins de santé sont susceptibles de les remettre en question ; citons le transfert de certains actes médicaux vers des praticiens de l'art infirmier, la reconnaissance de praticiens des pratiques dites non conventionnelles qui ne seraient pas médecins ; le diagnostic à distance, le dopage, la banalisation de la lecture du génome, etc.

Dans cet avis Madame Hustin-Denies précise également quelles sont les limites du droit des parents à représenter leur enfant dans tous les actes qui le concernent et notamment de consentir en lieu et place de cet enfant aux actes médicaux .Ce pouvoir de représentation ne peut s'exercer que dans le respect de l'intérêt primordial de l'enfant. La loi sur les droits du patient du 22 août 2002 prévoit également que l'enfant doit être impliqué dans la décision dans la mesure de ses capacités de jugement. L'avis conclut que la place pour les tests génétiques de recherche de paternité reste limitée par les dispositions légales, mais également et peut être surtout par l'intérêt de l'enfant.

Il est utile de rappeler périodiquement ces grands principes qui définissent la pratique médicale.

*Prof. Georges RORIVE,
Rédacteur en chef*

Ajout à l'article 58 du Code de déontologie médicale

Ajout à l'article 58 du Code de déontologie médicale dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé.

CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE
CHAPITRE V
SECRET PROFESSIONNEL DU MEDECIN

Art. 58 (Modifié le 22 décembre 2007)

Les exceptions légales concernent notamment dans les limites expressément prévues, les cas énumérés ci-dessous. Le médecin apprécie en conscience si le secret professionnel l'oblige néanmoins à ne pas communiquer certains renseignements.

a) (Modifié le 20 septembre 2008)

La communication dans le cadre de la législation sur l'Assurance Maladie-Invalidité, aux médecins-inspecteurs du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Inami des seuls renseignements nécessaires à l'exercice de leur mission de contrôle dans les limites strictes de celle-ci.

La communication de ces renseignements et leur utilisation par les médecins inspecteurs sont subordonnées au respect du secret professionnel.

b) La communication aux médecins-conseils des organismes assureurs en matière de l'Assurance Maladie-Invalidité et dans les limites de la consultation médico-sociale, de données ou des renseignements médicaux relatifs à l'assuré.

Le médecin-conseil d'un organisme assureur est, comme tout médecin, tenu de respecter le secret professionnel; il ne doit donner à cet organisme que ses seules conclusions sur le plan administratif.

c) La déclaration aux inspecteurs d'hygiène des maladies transmissibles épidémiques, suivant les modalités et conditions prévues par la législation en la matière.

d) L'envoi à l'inspecteur d'hygiène, de rapports concernant les maladies vénériennes en application de la législation relative à la prophylaxie de ces maladies.

e) Les communications et les déclarations à l'officier de l'état civil en matière de naissance conformément aux dispositions légales.

f) La délivrance de certificats médicaux réglementaires en vue de permettre les déclarations d'accidents de travail et contenant toutes les indications en rapport direct avec le traumatisme causal.

g) La délivrance de rapports et certificats médicaux en exécution des prescriptions légales relatives à la protection de la personne des malades mentaux et à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental.

h) La délivrance de rapports médicaux en exécution des prescriptions légales relatives aux maladies professionnelles.

i) La délivrance de certificats médicaux en exécution des prescriptions légales relatives aux contrats d'assurance terrestre.

j) (Ajouté le 22 décembre 2007) La délivrance de rapports à l'assistant de justice en exécution d'une convention liant l'assistant de justice, le patient et le médecin, conclue dans le cadre d'une libération conditionnelle, d'une détention préventive, d'un sursis d'exécution de la peine, d'une mesure de probation ou d'une médiation pénale.

k) (Ajouté le 30 avril 2011) La communication, dans le cadre de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, aux médecins du Fonds des accidents médicaux des documents et informations nécessaires à l'exercice de leur mission légale.

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 19 FÉVRIER, 5 MARS, 16 AVRIL ET 30 AVRIL 2011

Certificat médical type en matière de régularisation médicale d'étrangers (19/02/2011)
Demande d'information à une commission médicale provinciale relative à un médecin privé du droit d'exercer la médecine (19/02/2011)
Invitation annuelle des patients à risque à la vaccination pneumocoque – Prescription (19/02/2011)
Tests de paternité – Modification de l'avis du 19 octobre 1996 (05/03/2011)
Administration de toxine botulique (botox) (16/04/2011)
Enquête Test-Achats – Qualité des hôpitaux (30/04/2011)
Pharmacien clinicien dans un hôpital (30/04/2011)
Disaster Victim Identification Team (DVI) – Secret professionnel (30/04/2011)
Participation à la garde de généralistes (de jour) en semaine – Décision du cercle de médecine générale (30/04/2011)
Secret professionnel – Information au VDAB concernant l'handicap à l'emploi (30/04/2011)

3

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

Certificat médical type en matière de régularisation médicale d'étrangers (19/02/2011)

MOTS-CLES :
Certificat – Patients de nationalité étrangère
REFERENCE :
a133002f

*Une des propositions dans le cadre d'une réforme de la régularisation médicale pour les étrangers concerne l'instauration d'un certificat médical type pour l'étranger qui souhaite obtenir un permis de séjour.
Monsieur M. Wathelet, Secrétaire d'Etat au Budget, à la Politique de Migration et d'Asile et à la Politique des Familles, demande d'urgence l'avis du Conseil national concernant ce certificat médical type dont l'utilisation devrait devenir obligatoire à l'avenir.*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 19 février 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 6 décembre 2010 lui demandant un avis concernant un certificat médical type en matière de régularisation médicale d'étrangers.

Le Conseil national émet quelques remarques et considérations.

Il estime que ce certificat médical doit être transmis, éventuellement par le biais du patient, à un médecin de l'Office des étrangers.

Qu'entend-on précisément sous la rubrique C par matériel médical et par intervention ?
Pourquoi parle-t-on du traitement nécessaire ?

Le Conseil national estime en outre qu'une fonction de médecin expert est assignée au médecin traitant par les questions concernant la gravité, les conséquences, les complications éventuelles, l'évolution et le pronostic d'une ou plusieurs affections.

Il estime qu'une distinction doit être faite entre la fonction de médecin traitant et celle de médecin expert. Dans ce cas, il appartient au médecin de l'Office des étrangers de prendre la décision.

Entre-temps, le Conseil national constate que le nouveau certificat médical type a été instauré par la loi du 29 décembre 2010 portant des dispositions diverses (I) et exécuté par l'arrêté royal du 24 janvier 2011.

Le Conseil national regrette que la nouvelle législation ait été adoptée sans qu'une concertation ait pu avoir lieu.

Annexe

<p>SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR Direction générale de l'Office des Etrangers</p> <p>CERTIFICAT MEDICAL destiné au Service Régularisations Humanitaires de la Direction Générale de l'Office des Etrangers</p>
--

A l'attention du médecin : Prière de remettre ce certificat au / à la concerné(e). Il / elle se chargera de sa communication au Service intéressé.

NOM ET PRENOM du patient :
DATE DE NAISSANCE :
NATIONALITE :
SEXE :

A/ Historique médical :

B/ **DIAGNOSTIC** : description détaillée de la nature et du degré de gravité des affections sur base desquelles la demande d'autorisation de séjour sur pied de l'Article 9ter est introduite³
Il est dans l'intérêt du patient que des pièces justificatives (p.ex. rapport émanant d'un médecin-spécialiste) soient produites pour chaque pathologie.

C/ **Traitement actuel et date du début du traitement des affections mentionnées à la rubrique B :**

- Traitement médicamenteux/ matériel médical:

- Intervention / Hospitalisation (fréquence / dernière en date):

- Durée prévue du traitement nécessaire:

³ Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers.

D/ Quelles seraient les conséquences et complications éventuelles d'un arrêt du traitement ?

E/ Evolution et pronostic de la / des pathologie(s) mentionnée(s) à la rubrique B

F/ Si d'application : quels sont les besoins spécifiques en matière de suivi médical ? Une prise en charge de la dépendance est-elle médicalement requise (soins de proximité) ?

G/ Nombre d'annexes jointes au présent certificat :

Date :

NOM, signature et cachet du médecin :

n° INAMI :

5

ATTENTION – Remarques importantes

L'Office des Etrangers doit pouvoir identifier le médecin intervenant dans le dossier. Il est donc dans l'intérêt du patient que le nom et numéro INAMI du médecin soient lisiblement indiqués.

L'Office des Etrangers a le droit de faire vérifier la situation médicale du patient par un médecin désigné par l'administration (Article 9ter)⁴

Avec l'accord du patient, le présent certificat médical peut être accompagné d'un rapport médical plus détaillé (loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient)

⁴ Article 9ter de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers

Demande d'information à la commission médicale provinciale relative à un médecin privé du droit d'exercer la médecine (19/02/2011)

MOTS-CLES :
Commission médicale provinciale - Médecine (Exercice illégal de la-) - Visa
REFERENCE :
a133004f

Un pharmacien qui constate par voie de presse qu'un médecin est privé du droit d'exercer la médecine et s'informe à ce sujet auprès de la commission médicale provinciale.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Le problème ci-dessus a été abordé durant la réunion du 5 février 2011 du Conseil national de l'Ordre des médecins en présence notamment des présidents des commissions médicales provinciales.

L'assemblée a estimé d'une part, que le problème évoqué relève de la compétence des commissions médicales provinciales et d'autre part, que le pharmacien est tenu de délivrer les médicaments prescrits par le médecin, dans le respect des dispositions de l'article 4, § 2bis, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

En sa séance du 19 février 2011, le Conseil national a confirmé cet avis.

Invitation annuelle des patients à risque à la vaccination pneumocoque - Prescription (19/02/2011)

MOTS-CLES :
Médecine préventive - Médecin généraliste - Prescription - Vaccination
REFERENCE :
a133009f

Un médecin généraliste demande si, en tant que gestionnaire du Dossier Médical Global (DMG), il peut joindre à la lettre invitant les personnes à risque à la vaccination annuelle contre la grippe, une prescription pour un vaccin antipneumococcique.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Concerne : votre courriel du 21 octobre 2010 relatif à la vaccination annuelle contre la grippe

En sa séance du 19 février 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question posée à la fin de votre courriel.

Il répond par l'affirmative : dans le contexte que vous mentionnez, il n'y a pas d'objection à ce qu'une prescription pour un vaccin contre le pneumocoque soit jointe à la lettre d'invitation.

Tests de paternité – Modification de l'avis du 19 octobre 1996 (05/03/2011)

MOTS-CLES :
Droits de l'homme - Génétique - Mineurs d'âge - Vie privée
REFERENCE :
a133013f

Un conseil provincial transmet un message reçu par un médecin de la firme GENDIA (GENetic DIAgnostic Network). Ce message contient toute l'information concernant les tests de paternité proposés par cette firme. Le médecin demande l'avis du Conseil national à propos de ce message.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 5 mars 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 26 novembre 2010 concernant le transmis de la copie du courriel du professeur X à propos d'un message publié par la firme Gendia au sujet des tests de paternité.

Le Conseil national se réfère à son avis du 16 juin 2001 et à la note de madame Hustin-Denies qui était reprise dans cet avis. A la suite de la modification du Code civil, intervenue entre-temps, cette note a été actualisée.

Vous trouverez en annexe la version actualisée de cette note.

Annexe :

Consécutivement à la loi du 1er juillet 2006 modifiant des dispositions du Code civil relatives à l'établissement de la filiation et aux effets de celle-ci (M.B., 29 décembre 2006), l'avis du Conseil national du 19 octobre 1996 « *Génétique - Recherche de paternité - Communication de résultats d'examens génétiques à des tiers* », BCN n°75, p.25, auquel il est fait référence dans

son avis du 16 juin 2001 « *Augmentation incontrôlée des tests de paternité* », BCN n°93, p.11, doit être modifié.

En sa séance du 5 mars 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a modifié son avis du 19 octobre 1996 « *Généti- que - Recherche de paternité - Communication de résultats d'examens génétiques à des tiers* », BCN n°75, p.25, auquel il est fait référence dans son avis du 16 juin 2001 « *Augmentation incontrôlée des tests de paternité* », BCN n°93, p.11. Ces modifications apparaissent en caractères italiques dans le texte.

L'avis du Conseil national du 19 octobre 1996 est adapté comme suit :

(...)

Note de Madame Hustin-Denies, assistante à la faculté de droit de l'UCL :

Note concernant la recherche de la paternité biologique d'un mineur par le recours à la comparaison des empreintes génétiques en dehors du cadre d'une procédure judiciaire

L'absence de réglementation nationale et déontologique régissant l'utilisation des empreintes génétiques à des fins probatoires en matière de filiation a entraîné ces dernières années une recrudescence de leur usage à des fins privées, en dehors de toute procédure judiciaire. En France comme en Belgique, des laboratoires privés ou des cliniques universitaires sont nombreux à proposer leurs services à des particuliers, des avocats ou des médecins, aux fins de confirmer ou d'infirmes des parentés douteuses.

Conscient des dérives préjudiciables à la paix des familles (par la mise en cause d'une filiation en dehors des procédures et souvent des délais prévus par la loi) et à l'intérêt social (atteinte à l'autorité de l'état civil, à l'intégrité physique et à l'intimité de la vie privée du sujet) engendrées par le recours à ce procédé en dehors de toute garantie procédurale, le législateur français réglementa l'utilisation des empreintes génétiques dans la récente loi du 29 juillet 1994, relative au statut civil du corps humain. Cette loi limite en effet la possibilité d'identifier une personne par la technique des empreintes génétiques en matière civile, aux cas où ce procédé est mis en oeuvre avec l'accord exprès des intéressés et en exécution d'une mesure d'instruction ordonnée par le juge saisi d'une action tendant notamment à l'établissement ou à la contestation d'un lien de filiation.

Ignorées en revanche totalement du législateur belge, les implications de l'utilisation des empreintes génétiques en dehors de tout contexte judiciaire tombent actuellement dans un vide législatif propre à favoriser les atteintes aux droits et aux libertés des individus.

Mais l'absence de texte légal ne doit pas tromper. L'utilisation des empreintes génétiques en dehors de tout contexte procédural s'inscrit selon nous en marge de la licéité. Nous rappellerons à cet égard l'adage qui veut que "tout ce qui n'est pas interdit n'est pas pour autant permis". Celle-ci pose en effet des difficultés à plusieurs niveaux.

I. D'une part, concernant la responsabilité du médecin qui pratique le test ou même qui conseille à son patient d'y recourir, plusieurs remarques doivent être formulées.

Si le prélèvement nécessaire à la réalisation d'une empreinte génétique ou si le processus d'expertise lui-même peuvent nécessiter l'intervention d'un médecin, tantôt praticien, tantôt généticien, il semble pourtant difficile d'inclure cette intervention dans la catégorie des actes médicaux que la loi légalise.

Nous rappellerons brièvement à ce propos les limites dans lesquelles la réalisation d'une activité médicale invasive est autorisée par la loi et plus spécifiquement par l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'art de guérir.

Ces limites s'entendent d'une part des conditions cumulatives de légalité formelle précisées par la loi ou la jurisprudence et, d'autre part, des conditions dites de légalité élémentaire de tout acte.

Les conditions de la légalité formelle de l'activité médicale exigent les actes posés par un agent compétent dans le but thérapeutique de veiller à la santé du patient en lui prodiguant les meilleurs soins, ayant obtenu son consentement libre et éclairé.

Les conditions générales de la légalité élémentaire de tout acte s'inscrivent dans l'optique d'une médecine respectueuse de la personne humaine et présupposent que le praticien n'adoptera pas une mesure qui ne serait pas utile ou qui ne serait pas strictement nécessaire à la santé de son patient, ou plus exceptionnellement, à la satisfaction d'un objectif autre que thérapeutique. Il s'abstiendra en outre de toute mesure qui, tout en répondant aux objectifs de "moindre frais", lèserait de manière démesurée, disproportionnée un autre intérêt, voire une autre valeur.

Dans l'hypothèse où le prélèvement réalisé sur la personne des parents et de l'enfant mineur en vue de réaliser une empreinte génétique n'a pas pour but de veiller à la santé et à la sécurité des patients en leur prodiguant les meilleurs soins par des actes de diagnostic, de traitements ou de prévention, nous devons constater qu'il ne rentre pas dans le cadre légal classique de toute activité médicale. Certes, en application du principe général contenu à l'article 70 du code pénal, certaines lois particulières justifient des interventions médicales diverses en dehors de tout contexte thérapeutique, notamment en matière de transplantation d'organes ou d'interruption volontaire de grossesse. Dans cette optique s'inscrit sans doute le texte de l'article 331octies du code civil qui, en conférant au magistrat le pouvoir d'ordonner dans le cadre d'une action relative à la filiation toute méthode scientifiquement éprouvée, justifie indirectement l'activité non thérapeutique du médecin. Une telle justification n'est cependant pas d'application dans le cas qui nous occupe puisque le prélèvement est pratiqué en marge de tout contexte judiciaire et, par conséquent, indépendamment de l'injonction d'un magistrat.

En outre, l'exigence du consentement du patient à l'intervention médicale semble également violée, au moins partiellement. En effet, les parents désireux à titre purement informatif d'infirmes ou de confirmer une parenté dont ils doutent peuvent certainement disposer de leur propre corps. Ils ne sont pas pour autant libres de disposer du corps de leur enfant. Certes les parents disposent du pouvoir de représenter leur enfant dans tous les actes qui le concernent et notamment de consentir en lieu et place de cet enfant aux actes médicaux. Ce pouvoir de représentation découle directement des règles de l'autorité parentale.

le, exercée par les parents en raison du lien de filiation, exclusivement dans le respect de l'intérêt primordial de l'enfant. A nouveau, nous devons constater que les parents s'ils peuvent représenter l'enfant dans le contexte de l'acte médical ne peuvent valablement consentir en son nom à un acte qui, violant les règles de légalité formelle de l'acte médical, ne constitue plus un acte médical mais bien une violation injustifiée de l'intégrité physique de l'enfant. Ce consentement donné au nom de l'enfant constitue selon nous un abus d'autorité parentale dès lors qu'il est donné au détriment de l'intérêt et des droits fondamentaux de l'enfant mais au profit des seuls parents. Nous reviendrons plus amplement sur cette question un peu plus tard.

De ces deux remarques, une constatation s'impose : la recherche officieuse des preuves de la filiation d'un enfant mineur par le recours aux empreintes génétiques viole les conditions de légalité formelle de tout acte médical en ce qu'elle présuppose une atteinte à l'intégrité physique de l'enfant pratiquée dans un but non thérapeutique et sans le consentement valable de l'intéressé. Elle engage donc la responsabilité du médecin susceptible d'être poursuivi sur le plan pénal pour coups et blessures, le caractère bénin de cette atteinte ne pouvant être pris en cause au niveau de l'engagement de cette responsabilité.

Il nous semble en outre impossible de conférer à cette atteinte un caractère thérapeutique même indirect qui résiderait par exemple dans la nécessité d'un point de vue psychologique, de permettre à un couple de connaître la vérité sur la filiation de leur enfant. L'utilisation de la personne de l'enfant ainsi que la remise en cause de son droit fondamental à une vie familiale normale (sur lequel nous reviendrons) constituent selon nous des atteintes disproportionnées au regard de l'objectif que la méthode prétend servir. L'exigence de nécessité semble en outre mise à mal si l'on envisage la possibilité pour le couple en danger de recourir à des thérapies familiales ou à un secours psychologique dans lequel aucune intervention de la personne de l'enfant sera requise. La mise à mal des critères de nécessité et de proportionnalité empêche donc ce type d'intervention de remplir les conditions de légalité élémentaire de tout acte.

II. D'autre part, concernant les droits fondamentaux de l'enfant mis en cause par le recours à ce processus, plusieurs observations s'imposent.

Au préalable, nous rappellerons brièvement que le législateur entoure d'une protection toute particulière la filiation d'un enfant lorsqu'elle est légalement établie. Ainsi, sans entrer dans des considérations de technique juridique, nous préciserons la protection attribuée à la filiation de l'enfant né dans le mariage ainsi que celle qui vise la filiation de l'enfant né hors mariage.

Tant pour l'enfant né hors mariage que pour l'enfant né dans le mariage, la maternité est établie par l'acte de naissance dans la plupart des cas. C'est ce qu'il ressort du prescrit de l'article 312 du code civil.

Par contre, concernant la paternité, le législateur distingue selon que l'enfant est né dans ou hors mariage.

Pour l'enfant né dans le mariage, l'article 315 du Code civil prévoit que la filiation paternelle est établie par le biais d'une présomption de paternité dont le poids ne doit pas être sous-estimé. Celle-ci ne pourra en effet être contestée que par quelques intéressés, à savoir : le mari de la mère, la mère elle-même et seulement pour elle-même, l'enfant lorsqu'il a atteint l'âge de la majorité **et la personne qui revendique la paternité de l'enfant (article 318, § 1, C.C.)**.

En outre, les délais pour contester cette présomption et par conséquent pour permettre légalement à l'enfant de voir une autre filiation, notamment une filiation biologique, remplacer la filiation présumée sont très brefs. **L'action de la mère doit être intentée dans l'année de la naissance. L'action du mari doit être intentée dans l'année de la découverte du fait qu'il n'est pas le père de l'enfant, celle de celui qui revendique la paternité de l'enfant doit être intentée dans l'année de la découverte qu'il est le père de l'enfant et celle de l'enfant doit être intentée au plus tôt le jour où il a atteint l'âge de douze ans et au plus tard le jour où il atteint l'âge de vingt-deux ans ou dans l'année de la découverte du fait que le mari n'est pas son père (article 318, § 2, C.C.)**.

Pour l'enfant né hors mariage, l'article 319 du code civil prévoit que la filiation paternelle peut être établie par le biais d'une reconnaissance. **A moins que l'enfant ait la possession d'état à l'égard de celui qui l'a reconnu, la reconnaissance paternelle peut être contestée par la mère, l'enfant, l'auteur de la reconnaissance et l'homme qui revendique la paternité (article 330 C.C.)**.

L'action du père, de la mère ou de la personne qui a reconnu l'enfant doit être intentée dans l'année de la découverte du fait que la personne qui a reconnu l'enfant n'est pas le père ou la mère; celle de la personne qui revendique la filiation doit être intentée dans l'année de la découverte qu'elle est le père ou la mère de l'enfant; celle de l'enfant doit être intentée au plus tôt le jour où il a atteint l'âge de douze ans et au plus tard le jour où il a atteint l'âge de vingt-deux ans ou dans l'année de la découverte du fait que la personne qui l'a reconnu n'est pas son père ou sa mère (article 330, § 1, C.C.).

Cependant, le législateur entend protéger la filiation établie de cette manière par deux moyens : d'une part, l'auteur de la reconnaissance ou ceux qui y ont consenti ne seront recevables à contester cette filiation que pour autant qu'ils prouvent que leur consentement à la reconnaissance a été vicié (par exemple par erreur, dol ou violence), d'autre part, lorsque l'enfant a la possession d'état (entendons par là un faisceau de présomptions qui, prises ensemble ou isolément attestent de l'existence du lien de filiation. Parmi ces indices nous citerons à titre exemplatif : le fait que l'enfant ait toujours porté le nom de son père, le fait que le père ait toujours ressenti l'enfant comme le sien ou encore, le fait que l'entourage ait toujours considéré l'enfant et son père comme tels) à l'égard de celui qui l'a reconnu, toute contestation est irrecevable.

Ce très bref survol des règles légales en matière de filiation paternelle nous permettent d'observer que le législateur a entendu dans de nombreux cas protéger de manière définitive la filiation établie.

La recherche clandestine de la paternité dans des cas où plus aucune contestation légale de la filiation n'est possible nous semble extrêmement dangereuse. Il s'agira en effet de dévoiler à l'enfant et à ses parents légaux une vérité biologique susceptible dans de nombreux cas de troubler la sérénité familiale à laquelle il peut aujourd'hui prétendre. En effet, l'article 8 de la Convention internationale des droits de l'enfant que la Cour de cassation a déclaré directement applicable, proclame le droit pour l'enfant de préserver ses relations familiales telles qu'elles sont reconnues par la loi nationale du pays dont il est sujet

(Cass. 11 mars 1994, Pas., I, p. 247).

Le dévoilement de cette vérité, en contradiction avec une filiation légale incontestable et définitive nous apparaît non seulement contraire à l'intérêt de l'enfant mais aussi dans certains cas dangereuse pour lui. L'enfant pourrait en effet être victime de violences morales ou physiques de la part d'un père trompé. Notons que dans cette hypothèse, la responsabilité civile du médecin ou de l'établissement ayant pratiqué le test pourrait être engagée.

Enfin, si le droit de l'enfant au respect de sa vie privée et familiale consacré par les articles 8 et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme doit être entendu comme son droit à préserver le secret de sa filiation, le dévoilement non consenti par lui, totalement inutile et nuisible à son intérêt, d'une vérité biologique en contradiction avec la vérité légale porte assurément atteinte à ce droit. Pour toutes ces raisons, elle nous paraît devoir être condamnée.

III. Concernant le pouvoir de représenter l'enfant, nous rappellerons que les parents investis de l'autorité parentale sur la personne et sur les biens de l'enfant disposent de ce fait du pouvoir de le représenter dans tous les actes de la vie courante. Ils sont néanmoins tenus d'exercer cette autorité parentale dans l'intérêt de l'enfant.

Il nous apparaît donc que le consentement donné par des parents à un acte attentatoire à son intégrité physique de manière injustifiée (comme nous l'avons précisé précédemment) ne peut valoir représentation.

En outre, le fait pour des parents de consentir au nom de l'enfant au dévoilement d'une vérité manifestement contraire à son intérêt (violation de son droit à une vie familiale paisible, de son droit au respect de la vie privée) ne peut rentrer dans les prérogatives de l'autorité parentale exercée, rappelons-le, exclusivement dans le respect de cet intérêt. Le consentement donné pour l'enfant à de tels actes est alors mû par la curiosité des parents et constitue selon nous un abus de l'autorité parentale, susceptible d'engager également la responsabilité civile des parents. Il ne saurait être considéré comme une représentation valable de l'enfant.

Nous ajouterons simplement que l'article 7 de la Convention internationale des droits de l'enfant prévoit pour l'enfant, dans la mesure du possible, le droit de connaître ses parents et d'être élevé par eux.

Il nous semble à propos de ce texte pouvoir noter plusieurs choses.

D'une part, ce droit de connaître ses parents ne peut être dissocié selon nous du droit de faire établir sa filiation à leur égard, chose impossible dans de nombreux cas de recherche clandestine de la filiation.

D'autre part, les termes "dans la mesure du possible" peuvent être compris au sens de : "lorsque la loi n'y fait pas obstacle". Ces obstacles légaux peuvent selon nous être des filiations légales déjà établies et impossibles à contester.

Enfin, ce droit de l'enfant à connaître ses origines ne peut être envisagé que comme un droit purement personnel, non susceptible de représentation. On ne peut, dans ces circonstances, envisager une recherche clandestine des origines de l'enfant exercée en son nom par ses parents

Administration de toxine botulique (botox) (16/04/2011)

MOTS-CLES :
Publicité et réclame - Techniques médicales
REFERENCE :
a133018f

Une chaîne de télévision souhaite savoir par qui des injections de Botox peuvent être effectuées, où cela peut-il être effectué et/ou s'il peut être fait la publicité.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 16 avril 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné vos questions concernant le Botox.

La toxine botulique de type A est une substance active du Botox. Cette toxine induit une paralysie des muscles striés en bloquant l'influx nerveux au niveau des jonctions neuromusculaires.

Le domaine d'application de la toxine botulique comprend entre autres la neurologie, la dermatologie, l'urologie et l'ophtalmologie. Elle est aussi utilisée à des fins esthétiques.

Un certain nombre de contre-indications sont connues et des effets indésirables, parfois sévères, peuvent apparaître durant le traitement.

Le Conseil national estime dès lors que la toxine botulique ne peut être administrée que par un médecin dans un encadrement professionnel médical.

Concernant votre question relative à la publicité, le Conseil national renvoie au chapitre III, articles 12 à 17 inclus, du Code de déontologie médicale.

Annexe : articles 12 à 17 inclus, du Code de déontologie médicale :

CHAPITRE III
LA PUBLICITE
(Modifié le 21 septembre 2002)

Art. 12 Dans le respect des dispositions du présent chapitre, les médecins peuvent porter leur activité médicale à la connaissance du public.

Art. 13 §1er. L'information donnée doit être conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire. Elle ne peut en aucun cas être trompeuse. Elle ne peut être comparative.

Les résultats d'examens et de traitements ne peuvent être utilisés à des fins publicitaires.

§2. La publicité ne peut porter préjudice à l'intérêt général en matière de santé publique et ne peut inciter à pratiquer des examens et traitements superflus.

Le rabattage de patients est interdit.

Les campagnes de prévention et de dépistage doivent être scientifiquement étayées et nécessitent l'autorisation préalable de l'instance ordinaire compétente.

§3. Dans leur publicité, les médecins sont tenus d'observer les règles du secret professionnel médical.

Art. 14 La formulation et la présentation de la publicité ainsi que les méthodes et techniques y afférentes, en ce compris les sites Internet, plaques nominatives, en-têtes et mentions dans des annuaires, doivent être conformes aux dispositions de l'article 13.

Art. 15 Les médecins doivent s'opposer activement à toute publicité de leur activité médicale par des tiers, qui ne respecte pas les dispositions du présent chapitre.

Art. 16 Les médecins peuvent prêter leur concours aux médias en vue d'une information médicale pouvant être importante et utile pour le public.

A cet égard, les dispositions du présent chapitre doivent être respectées.

Le médecin informera préalablement le conseil provincial où il est inscrit, de sa participation aux médias.

Art. 17 Lorsque les patients sont amenés par les médias à informer le public, les médecins ne peuvent y participer que dans la mesure où la vie privée et la dignité de ces patients sont préservées. Dans ces circonstances les médecins doivent s'assurer que les patients ont été entièrement informés et que leur participation a été consentie librement.

Enquête Test-Achats – Qualité des hôpitaux (30/04/2011)

MOTS-CLES :

Hôpitaux

REFERENCE :

a133020f

Réaction du Conseil national à une enquête de Test-Achats concernant la qualité des hôpitaux

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 30 avril 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance du questionnaire envoyé aux médecins par l'Association de défense des consommateurs "Test-Achats" dans le cadre d'une enquête menée quant à la qualité des hôpitaux et dans lequel il leur est demandé « quels sont à leur avis les meilleurs hôpitaux de Belgique (pour diverses spécialités) ».

Le Conseil national estime qu'il est illusoire d'évaluer la qualité des hôpitaux au seul moyen de ce type d'enquête, d'autant que les réponses que les médecins sont invités à apporter, de l'aveu même des initiateurs du projet, présentent un caractère subjectif.

Comme cette subjectivité est susceptible d'entraîner une image très déformée de la réalité et de mener à des résultats non valides, le Conseil national estime qu'il n'est pas opportun de donner suite à la demande de « Test-Achats ».

Pharmacien clinicien dans un hôpital (30/04/2011)

MOTS-CLES :

Dossier médical - Médicaments - Secret professionnel

REFERENCE :

a133021f

Le Conseil national est interrogé sur le développement de la pharmacie clinique en Belgique et plus précisément sur l'accès au dossier hospitalier du patient par le pharmacien clinicien.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 30 avril 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné de manière plus détaillée la question du docteur X du 10 mars 2010 et la réponse que le Bureau vous a adressée le 30 septembre 2010 relative à la possibilité pour

un pharmacien hospitalier de consulter le dossier médical et infirmier d'un patient et d'y consigner ses remarques.

Comme le Bureau l'a relevé dans son courrier précité, le rôle du pharmacien au sein d'une institution de soins évolue et, complémentairement à la fonction de pharmacien hospitalier, apparaît la fonction de pharmacien clinicien.

L'objectif poursuivi est la promotion de l'activité du pharmacien clinicien pour, en collaboration avec les médecins, optimiser l'usage des médicaments.

Elle se développe en Belgique depuis quelques années grâce à un projet pilote soutenu par le ministère de la Santé publique.

De l'évaluation du projet il ressort que la pharmacie clinique requiert, pour être efficace et bénéfique pour le patient, une collaboration entre le médecin et le pharmacien clinicien et l'accès de ce dernier au dossier patient (dossier médical et dossier infirmier). L'accès au dossier patient s'accompagne de la possibilité pour le pharmacien clinicien d'y insérer des observations.

Le pharmacien clinicien n'intervient pas dans le diagnostic. Son avis porte sur l'anamnèse médicamenteuse, les molécules proposées et la posologie. Le cas échéant, il formule des propositions d'aménagement ou de changement du traitement médicamenteux.

Il fait partie de l'équipe thérapeutique puisqu'il intervient dans le traitement médicamenteux.

Les universités belges envisagent de créer une formation de pharmacien clinicien. L'enseignement se ferait sur deux ou trois ans et serait accessible au pharmacien hospitalier pour aboutir à un titre professionnel de pharmacien clinicien, titre qui reste à créer légalement.

Le Conseil national considère que la fonction de pharmacien clinicien est de nature à contribuer à une meilleure prise en charge médicale du patient. Il n'a pas d'objections déontologiques à ce que le pharmacien clinicien consulte le dossier médical et infirmier du patient, dans le respect des règles relatives au secret médical, et y insère ses observations.

11

Disaster Victim Identification Team (DVI) – Secret professionnel (30/04/2011)

MOTS-CLES :

Déclaration à la police, à la gendarmerie, aux autorités judiciaires - Etat de nécessité - Médecine légale - Secret professionnel

REFERENCE :

a133022f

Le "Disaster Victim Identification" (DVI) intervient dans deux domaines, à savoir des affaires où la police ne parvient pas à identifier des cadavres sur la base des du corps, cheveux, des vêtements, etc., et des affaires de disparition. Dans le premier cas, les données employées sont utiles pour l'identification comme la description physique de la personne, les cicatrices, les opérations. Dans le deuxième cas, il est nécessaire de recueillir des données de la personne disparue.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 30 avril 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les aspects policiers des plans "catastrophe".

Un médecin peut fournir des informations médicales relatives à ou pour compléter des données rassemblées par les services de police pour l'identification d'un cadavre, au médecin légiste requis par l'autorité judiciaire pour ce faire, sous pli fermé et par l'intermédiaire de ces services.

En ce qui concerne les disparitions, un médecin peut communiquer les données demandées s'il peut invoquer l'état de nécessité dont il jugera en âme et conscience.

L'état de nécessité est défini comme la situation exceptionnelle dans laquelle la violation de dispositions pénales (en l'occurrence l'article 458 du Code pénal) ou de valeurs et intérêts juridiques protégés par le droit pénal est le seul moyen de sauvegarder d'autres valeurs et intérêts juridiques supérieurs. La révélation du secret médical doit être interprétée de manière limitative. Le médecin n'est jamais obligé de parler.

Les données d'une personne décédée et d'une personne disparue doivent être détruites lorsque ces informations sont devenues inutiles.

Participation à la garde de généralistes (de jour) en semaine – Décision du cercle de médecine générale (30/04/2011)

MOTS-CLES :

Garde médicale - Médecin généraliste

REFERENCE :

a133023f

Le 22 janvier 2011, le Conseil national a émis un avis concernant l'obligation de participer à la garde de population pendant la journée en semaine, imposée à tous les médecins généralistes par le cercle de médecins généralistes.

Un conseil provincial attire l'attention sur le fait que dans sa province, bon nombre de médecins assurent la garde de semaine pour leurs

patients seul ou en groupe dans un grand cabinet de groupe ou dans un réseau de médecins généralistes. Ces médecins doivent en plus se rattacher au territoire de l'unité du service de garde qui peut parfois être de 30 kilomètres.
Le conseil provincial se demande si cela est praticable.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 30 avril 2011, le Conseil national a examiné la question que vous lui avez soumise concernant les modalités de la continuité des soins pour le patient et la meilleure interprétation sur le terrain.

1. Il faut faire une distinction claire entre :
la continuité des soins pour la patientèle (arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, art. 8) d'une ou plusieurs pratiques de médecine générale – quelle que soit leur forme (solo, groupe ou réseau) - en tant que permanence de pratique médicale ;

la continuité des soins pour tout un groupe de population (arrêté royal n° 78, art. 9) dans la zone de médecins généralistes d'un cercle de médecins généralistes en tant que service de garde de médecins généralistes (cf. les définitions données par l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes, art. 1er, 3° et 4°).

2. Dans le cadre d'une disponibilité et d'une accessibilité optimales du médecin généraliste, le fait d'assurer la continuité des soins au niveau strictement du cabinet n'exclut pas la nécessité d'un service de garde de population orienté de manière plus large.

Les médecins généralistes disposent d'une grande autonomie pour l'élaboration de modalités de la continuité des soins : au niveau individuel pour la patientèle du cabinet par l'organisation du cabinet la plus appropriée pour eux, et en tant que groupe professionnel pour toute la population de la zone de médecins généralistes par l'intermédiaire du cercle de médecins généralistes.

En fait, il s'agit des mêmes généralistes (au niveau du cabinet et du cercle) qui, suivant des procédures appropriées et acceptées, peuvent de commun accord, et selon leurs souhaits respectifs, prendre certaines décisions à ces deux niveaux.

3. Jusqu'à présent, il n'existe pas d'obligation légale ni déontologique d'organiser pendant la semaine un service de garde de population comme pendant les week-ends et les jours fériés, même si cette possibilité existe dans le cadre légal existant (arrêté royal précité du 8 juillet 2002, art. 5, 1°) et est de fait mise en pratique.

Entre les deux niveaux, une sorte de complémentarité est née parce que les médecins généralistes peuvent de plus en plus faire appel pour leur obligation individuelle de continuité – également en semaine – au service de garde de population du cercle de médecins généralistes (et le font). Ceci se reflète dans les honoraires de disponibilité qui sont prévus pour un service de garde organisé en semaine également (surtout service de garde du soir et de nuit).

4. Pour la continuité des soins individuelle, la permanence de pratique médicale peut être différente pour chaque médecin généraliste, notamment en raison du modèle de pratique choisi : le médecin généraliste travaillant seul recourra à un médecin généraliste agréé qu'il aura désigné lui-même ou participera à un réseau de médecins généralistes agréés, et dans les pratiques de groupe sous un même toit, la permanence sera assurée par un autre médecin généraliste agréé de cette pratique de groupe. Mais il pourra aussi faire appel au service de garde de population du cercle de médecins généralistes, du moins si celui-ci est opérationnel en semaine.

5. En ce qui concerne le service de garde de médecins généralistes et l'organisation de la continuité des soins pour la population d'une aire déterminée (en l'occurrence une unité d'un service de garde ou une zone de médecins généralistes complète d'un cercle de médecins généralistes), il est absolument nécessaire de ne pas laisser de taches aveugles dans cette aire de soins et de tendre à une certaine uniformité entre/avec les zones limitrophes.

Cela signifie que tous les patients d'un périmètre déterminé – même ceux dont le médecin généraliste est établi en dehors de ce périmètre – doivent pouvoir faire appel de manière équivalente à un autre médecin généraliste agréé en cas d'absence de leur médecin généraliste habituel : telle est depuis longtemps la règle générale pour le service de garde durant les week-ends et jours fériés, mais progressivement de plus en plus adoptée aussi pour la garde en semaine.

6. Si l'idée est que cet objectif pourrait être réalisé durant la semaine par des cabinets individuels (solo, groupe ou réseau) de ce même périmètre, il faut alors partir du principe que tous les cabinets – sans exception – assurent de manière permanente et simultanément leur continuité des soins individuelle, et que par conséquent la totalité de la population et la totalité du périmètre sont couverts par cette réunion de toutes les pièces du puzzle de toutes les permanences de pratique médicale individuelles.

Cela ne peut cependant pas être qualifié de service de garde puisque celui-ci est réservé, en vertu de la loi (arrêté royal n° 78, art. 9, § 1er), aux organisations professionnelles constituées et agréées à cet effet, comme les cercles de médecins généralistes.

7. Si, sur le plan territorial, une certaine comparaison peut être pertinente entre un service de garde de population organisé par un cercle de médecins généralistes et cette somme de toutes les permanences de pratique médicale individuelles d'une unité de service de garde déterminée et/ou de la totalité d'une zone de médecins généralistes d'un cercle de médecins généralistes, une condition supplémentaire s'imposerait, à savoir que tous les cabinets soient soit disponibles pour tous les autres patients des cabinets établis en dehors de leur propre secteur mais habitant dans leur (unité de) service de garde, soit disposés à se déplacer en dehors de leur propre secteur pour y soigner leurs propres patients.

Il reste encore, en effet, la question de savoir si les deux systèmes peuvent alors être pourvus parallèlement ou simultanément.

ment d'un effectif suffisant de médecins généralistes, et de déterminer le principe à favoriser sur le plan de la qualité, de la fonctionnalité et de la faisabilité.

8. Il appartient aux médecins généralistes locaux de poser des choix en commun au sein du cadre donné des possibilités pratiques, des missions légales (notamment les cercles de médecins généralistes) et d'obligations déontologiques.

Si le cercle de médecins généralistes se compose d'unités de service de garde, il est évident qu'un élargissement du service de garde de population à la garde en semaine doit faire l'objet d'un large consensus par unité avant de pouvoir laisser la décision ultime à l'assemblée générale du cercle de médecins généralistes organisateur.

9. L'obligation demeure pour tout médecin généraliste de (quand même) participer à tout service de garde s'il est organisé au niveau de la population par le cercle de médecins généralistes, en tant que conséquence logique lors de l'instauration facultative mais volontaire d'une garde en semaine par/pour le groupe professionnel par l'intermédiaire du cercle de médecins généralistes.

Secret professionnel – Information au VDAB concernant le handicap à l'emploi (30/04/2011)

MOTS-CLES :

Consentement éclairé - Personnes handicapées - Secret professionnel

REFERENCE :

a133024f

Depuis le 1er octobre 2008, le "Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling (VDAB) (Office flamand de l'emploi et de la formation) octroie le droit à des mesures particulières de soutien de l'emploi sur la base de l'arrêté du Gouvernement flamand du 18 juillet 2008 relatif à l'intégration professionnelle des personnes atteintes d'un handicap à l'emploi. Cet arrêté prévoit que les personnes rencontrant des difficultés d'ordre médical, psychologique ou psychique peuvent entrer sur une base volontaire dans un parcours accompagné approprié. Afin d'être pris en considération pour l'octroi de mesures particulières de soutien, le patient demandeur doit fournir toute information utile aux services compétents du VDAB. Ces informations doivent être confirmées par un médecin au moyen d'un formulaire relatif à la demande d'un avis concernant l'état médical, psychique ou psychologique du patient. Différents médecins se demandent si le fait de remplir et remettre ce formulaire ne constitue pas une violation du secret professionnel médical.

13

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 30 avril 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné le formulaire cité ci-dessus et l'utilisation qui en est faite.

Ce formulaire prévoit le consentement écrit du patient à la transmission d'informations aux services compétents du VDAB (Office flamand de l'emploi et de la formation) dans le cadre de mesures particulières de soutien de l'emploi. Le médecin doit remplir un questionnaire limité concernant le handicap au travail et les adaptations du lieu de travail à prévoir.

Le Conseil national estime qu'en raison du consentement préalable « libératoire » du patient, le médecin ne transgresse pas le secret professionnel médical s'il complète ce formulaire et le remet au patient. En l'occurrence, les modalités nécessaires à la validité de ce « consentement libératoire » sont réunies, à savoir, d'une part, le consentement libre exprès du patient informé et, d'autre part, l'utilisation spécifique ainsi que le caractère pertinent des informations demandées.

Vous trouvez, dans la rubrique "Questions et Réponses", les réponses du Bureau du Conseil national à certaines questions.

La rédaction du Bulletin pense que les réponses reprises dans cette rubrique peuvent être éclairantes à l'égard de problèmes rencontrés dans la pratique.

Site internet www.mijndroomdokter.be (05/04/2011)

MOTS-CLES :
Publicité et réclame

REFERENCE :
a133015f

La firme Care Talents propose de l'emploi aux infirmiers(ères). En vue du recrutement de candidats aux postes vacants qu'elle offre, Care Talents a lancé une action : « mijndroomdokter » [ndt.mon médecin idéal]. Les infirmiers(ères) ayant sélectionné leur médecin favori sur le site « mijndroomdokter » peuvent gagner un chèque de 2500 euros en activités « teambuilding » pour le médecin lauréat et son équipe infirmière.

Le Conseil national a reçu différentes réactions concernant l'aspect déontologique de ce type d'initiative.

AVIS DU BUREAU DU CONSEIL NATIONAL :

Le Bureau du Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance du site Internet enregistré par l'entreprise Care Talents sous la dénomination « mijn droemdokter ».

Contrairement à ce dont semblent convaincus les initiateurs du site Internet, il n'est pas certain que les données soient remplies par un(e) infirmier(ère). Il s'ensuit que, dans un certain nombre de cas, l'information donnée sur le site Internet n'est pas contrôlable et qu'il ne peut donc en être jugé.

Dès lors, le Bureau du Conseil national ne peut que désapprouver l'initiative de Care Talents.

En outre, le Bureau du Conseil national estime qu'un médecin acceptant la procédure décrite dans « mijndroomdokter.be » ne respecte pas ses obligations déontologiques (articles 12 à 17 du chapitre III du Code de déontologie médicale, publicité).

L'Association Médicale Mondiale (AMM)

Pr A. Herchuelz

En collaboration avec l'ABSYM, qui en est le membre effectif, le Conseil National de l'Ordre des Médecins participe aux travaux de l'Association Médicale Mondiale (AMM) depuis de nombreuses années. L'AMM est une organisation internationale incluant des médecins de toutes les régions du monde, représentant une variété de langues, de cultures et de systèmes de santé. L'AMM a été fondée pour assurer l'indépendance des médecins et permettre l'établissement des meilleures normes possibles en matière d'éthique médicale et de soins procurés par les médecins à tout moment. L'AMM assure une ligne de conduite aux médecins au travers de ses déclarations, résolutions et prises de position.

A ce jour l'AMM a élaboré 20 déclarations, 40 résolutions et 60 prises de position. Une des déclarations les plus célèbres est la Déclaration d'Helsinki concernant l'expérimentation humaine, dont la dernière révision a été l'objet d'un article dans le n° 125 du Bulletin (<http://www.ordomedic.be/fr/actualites/bulletins/>). Dans cette série d'articles, il est proposé de publier les déclarations, résolutions et prises de position les plus significatives, en commençant par les plus récentes.

Dans ce 1er article, le mode de fonctionnement de l'AMM est présenté sous la forme d'un guide pour les nouveaux membres afin de leur permettre de comprendre les processus politiques et les fonctions du conseil de l'AMM.

Introduction

Ce manuel a été conçu pour aider les nouveaux membres du Conseil de l'AMM à comprendre les processus de l'AMM et pour les guider dans leur fonction de dirigeants au sein de l'organisation.

PRESENTATION DU CONSEIL DE L'ASSOCIATION MEDICALE MONDIALE

14

Membres du Conseil

Le Conseil de l'AMM est une entité internationale unique qui inclut les médecins de toutes les régions du monde, représentant une variété de langues, de cultures et de systèmes de santé. Être au Conseil de l'AMM permet de partager des idées et des expériences, de connaître les défis auxquels sont confrontés les collègues d'autres pays, de nouer des amitiés durables et le plus important, de jouer un rôle de leader dans le travail de l'AMM.

Les Membres du Conseil sont choisis par les Associations Médicales Nationales (AMN) élues pour occuper un siège au Conseil. L'AMN peut choisir de changer ou de remplacer son représentant comme bon lui semble. On attend généralement d'un membre du Conseil qu'il représente les opinions de son AMN plutôt que sa propre opinion. C'est toutefois une question à trancher entre l'AMN et le représentant qu'elle a choisi.

Rôle du Conseil

Le Conseil de l'AMM est l'organe régissant l'association. Il est responsable de l'élaboration des politiques, de la définition des priorités et des objectifs de l'organisation ainsi que du contrôle de l'administration et des finances. Pour une description complète des responsabilités spécifiques du Conseil, veuillez consulter la rubrique E du catalogue AMM des Postes et de leur Fonctionnement (Doc. 5/110).

Relations hiérarchiques

Le Conseil de l'AMM est sous l'autorité de l'Assemblée Générale de l'AMM qui se réunit tous les ans. L'Assemblée Générale de l'AMM se compose de toutes les associations membres de l'AMM. L'ensemble des principales décisions politiques et financières ainsi que les changements apportés aux articles et statuts de l'AMM doivent être approuvés par l'Assemblée Générale.

Les Comités Permanents du Conseil sont sous l'autorité du Conseil dans son ensemble.

Le Secrétaire Général est sous l'autorité du Conseil de l'AMM.

Responsables

Tous les membres du Conseil sont éligibles aux postes suivants:

Président du Conseil

Vice Président du Conseil

Trésorier

Président du Comité des Finances et du Planning

Président du Comité d'Éthique Médicale

Président du Comité des Affaires Médico-sociales

Les élections à ces postes se déroulent lors de la première réunion de chaque mandat du Conseil qui est de deux ans. Les candidats sont désignés pendant la réunion et l'on procède à un vote. Les responsables du Conseil sont élus à la majorité simple.

Le Président et le Vice Président ont le droit de voter au Conseil. Ils sont également membres d'office des trois Comités Permanents avec droit de vote. Le Président et le Vice Président ne peuvent pas être élus en tant que Président d'un Comité.

Les Présidents des Comités sont éligibles dans deux comités sur trois comme tous les autres membres du Conseil. Ils n'ont pas de privilège particulier dans l'un des comités, parallèlement à celui pour lequel ils remplissent la fonction de président.

Le Président, le Président Elu et le Président sortant sont des membres d'office du Conseil (et de ses Comités) avec droit au débat mais sans droit de vote. Le Président de l'AMM est élu annuellement par l'Assemblée Générale et remplit la fonction de Président Elu pendant un an, celle de Président pendant un an et celle de Président sortant pendant un an.

Comités Permanents

Ce sont les Comités Permanents qui étudient les premiers les politiques et actions proposées. Ils font ensuite des recommandations au Conseil.

Le Conseil comporte trois Comités Permanents:

- . Finances et Planning
- . éthique Médicale
- . Affaires Médico-sociales

Composition

Les Procédures et Politiques opérationnelles de l'AMM exigent que tous les membres du Conseil soient dans au moins un des Comités Permanents mais pas dans plus de deux. En pratique, il est extrêmement rare pour un membre du Conseil d'être dans un seul comité. Avant le début du mandat du Conseil, le Secrétaire Général demandera aux membres du Conseil de faire savoir dans quels Comités ils veulent siéger.

Les membres du Conseil peuvent participer aux réunions d'un Comité même s'ils n'en sont pas membres. Le Président permet normalement aux non membres de parler, le cas échéant. Toutefois, les membres du Conseil sont encouragés à réserver leur participation active aux Comités dont ils sont membres.

Conseillers

Les Conseillers officiels (non membres du Conseil) auprès des Comités Permanents sont nommés par le Conseil pour deux ans. De nouveaux conseillers peuvent être nommés à toute réunion du Conseil. Dans la majorité des cas, c'est l'AMN de chacun des candidats qui les désigne bien que le Comité ou le Conseil (ou ses membres) puissent désigner également quelqu'un.

RESPONSABILITES DES MEMBRES DU CONSEIL

Etre membre du Conseil de l'AMM s'accompagne de certaines responsabilités importantes. Le Conseil est élu par les membres de l'AMM pour diriger l'organisation et s'exprimer au nom des médecins du monde entier lorsque l'Assemblée Générale n'est pas en session. Les membres du Conseil ne représentent pas uniquement leurs propres AMN au Conseil mais également l'AMM et ses membres auprès du public et des media. Participer aux réunions et voter sur les questions de l'AMM est certes une responsabilité majeure mais les membres du Conseil doivent s'impliquer également dans la mission de l'AMM entre les réunions.

Promotion de l'AMM

Les membres du Conseil doivent saisir l'occasion qui leur est donnée pour promouvoir la mission de l'AMM au sein de leurs propres organisations et ailleurs. L'AMM ne possède pas un gros budget pour les relations publiques et dispose de peu de personnel dédié à cette tâche. Elle dépend beaucoup de ses membres et notamment de ses dirigeants pour accroître la notoriété de l'association.

Actuellement et en dépit de plus de 60 ans de travail, l'AMM est parfois occultée par la communauté de santé internationale traditionnelle et souvent confondue avec l'Organisation Mondiale de la Santé – même par les médecins. Néanmoins, l'AMM représente la profession médicale mondiale et son potentiel en tant que porte parole de millions de médecins ne doit pas être sous-estimé. Etre ambassadeur de l'AMM, travailler et œuvrer pour faire entendre davantage l'AMM sur la scène mondiale font partie des tâches prioritaires des membres du Conseil de l'AMM. A cette fin, les membres du Conseil peuvent :

- Soutenir activement l'AMM et diffuser les positions et les politiques de l'AMM au sein de leurs AMN;
- Augmenter la visibilité de l'AMM de la manière suivante:
 - Saisir les occasions de discuter du travail et du rôle de l'AMM lors d'interventions publiques, notamment auprès des media;
 - Rédiger des articles pour des revues médicales;
 - Encourager les collègues à considérer l'AMM comme une association de soutien;
 - Attirer l'attention de l'AMM sur les questions ou événements nationaux ou internationaux auxquels l'AMM peut répondre soit en faisant connaître son point de vue soit en établissant une nouvelle politique.

Questions financières et administratives

Le Secrétariat et les responsables financiers travaillent durement toute l'année pour gérer la plupart des questions administratives et fiscales. La principale responsabilité des membres du Conseil et du Comité des Finances et du Planning est d'étudier et d'approuver les propositions et rapports préparés par le Secrétariat et les responsables financiers. Les membres doivent se présenter aux réunions en ayant bien étudié les documents, en étant prêts à faire leurs commentaires et recommandations, à voter etc. Entre les réunions, le Secrétariat, le Trésorier et le Président du Comité des Finances et du Planning effectuent toutefois en amont un travail de fond.

Ethique Médicale et Affaires Médico-sociales – processus politiques

Il incombe en grande partie au Conseil et à ses Comités d'établir les politiques de l'AMM. Lorsque une politique est présentée à l'Assemblée Générale pour adoption, elle aura été diffusée aux AMN à titre consultatif (parfois plusieurs fois), aura subi plusieurs études et révisions par le comité correspondant du Conseil et reçu l'approbation du Conseil.

Le processus d'élaboration d'un document politique comporte les étapes suivantes:

1. Un document est soumis au Secrétariat par un membre constituant dans l'une des trois langues officielles de l'AMM (Français, espagnol ou anglais).

2. Le Secrétariat :

- évalue le document pour s'assurer qu'il ne répète pas ou ne contredit pas une politique existante;

- édite le document dans un format, un style et une lisibilité accessibles à tous;

- traduit le document dans les deux autres langues officielles et

- remet le document au Comité concerné.

Si une proposition contredit ou est en redondance avec une politique existante, le Secrétariat le signalera à son auteur et fera des propositions pour éventuellement remanier la proposition pour en faire une proposition d'amendement de la politique existante.

3. Le document est au départ étudié par le Comité concerné. Dans la plupart des cas, le Comité recommande sa diffusion auprès des AMN pour commentaires. Les membres du Conseil doivent encourager leurs AMN à soumettre des commentaires par écrit au Comité plutôt que de faire des commentaires de vive voix pendant les réunions du Comité. Une réunion doit être dévolue aux débats concernant les commentaires dûment soumis par les AMN.

4. Les commentaires sont analysés et collectés par le Secrétariat et un document actualisé est préparé, soit par le Secrétariat soit par un rapporteur désigné. Les membres du Conseil reçoivent le document original, les révisions proposées et la compilation des commentaires pour étude avant la réunion suivante.

Le Comité étudie la proposition révisée. A ce stade, le Comité a plusieurs options:

a) Si le document est **acceptable** pour le Comité tel qu'il est, le Comité peut l'approuver.

b) Si le Comité juge que ce document doit être **retravaillé** et qu'il pense que ce travail peut être exécuté rapidement, il peut utiliser le temps du Comité pour poursuivre les corrections du document (ce qui n'est *pas* conseillé) ou de préférence, remettre le document à un petit groupe de travail ou à un rapporteur pour révision. Dans ce cas, le groupe de travail doit commencer ce travail immédiatement et soumettre un document amendé au Comité ou directement au Conseil pendant sa session.

c) Si le Comité pense que le document nécessite de **grosses révisions** qui ne peuvent être entreprises pendant la période de session du Conseil, le Comité peut éventuellement nommer un groupe de travail ou un rapporteur pour étudier les commentaires et réviser le document qui sera alors étudié à la prochaine réunion.

d) Si une **expertise est jugée nécessaire** pour garantir la meilleure politique possible, le Comité peut requérir l'assistance d'une AMN particulière ou d'un conseiller de l'AMM. Il est également possible de consulter des conseillers extérieurs.

e) Si, de toute évidence, **un consensus n'est pas envisageable** ou si le Comité juge que le sujet ne se prête pas à la création d'une politique de l'AMM, le Comité peut recommander au Conseil de rejeter le document et de laisser tomber le sujet. Le Conseil peut soit accepter cette recommandation soit indiquer au Comité qu'il doit poursuivre son travail sur le sujet.

6. Lorsque le Comité juge que le document est prêt, il soumettra le document proposé au Conseil en recommandant son approbation et sa transmission à l'Assemblée Générale pour adoption. Souvent, certaines des étapes 3 à 5 décrites ici sont répétées plusieurs fois avant que le Comité ne considère le document comme étant apte à une étude par le Conseil.

7. Le Conseil étudie les recommandations du Comité quant à l'approbation du document. Le Conseil peut :

- amender le document

- renvoyer le document au Comité afin qu'il soit retravaillé

- approuver le document et le transmettre à l'Assemblée Générale en lui recommandant de l'adopter.

La description ci-dessus des processus politiques de l'AMM n'est pas exhaustive. La plupart des politiques proposées sont traitées ainsi mais parfois le Comité ou le Conseil décide d'adopter une approche différente.

Calendrier consensuel

Les Comités Permanents de l'AMM utilisent un "calendrier consensuel" pour leurs rapports au Conseil. Un calendrier consensuel est un mécanisme conçu pour éviter de passer trop de temps à approuver les recommandations contenues dans

Voici comment fonctionne un calendrier consensuel :

Un rapport mentionne 10 paragraphes faisant l'objet de recommandations. Un membre du Comité demande que les paragraphes 3 et 7 soient extraits. Un autre membre du Comité en demande autant pour les paragraphes 2 et 9. Ces paragraphes étant extraits, le Comité vote l'approbation globale des autres recommandations (sur les paragraphes 1, 4, 5, 6, 8 et 10). Après ce vote, le Président lance la discussion et le vote sur le paragraphe 2 puis 3 puis 7 et pour finir sur 9.

ASSURER UNE PRODUCTIVITE MAXIMUM LORS DES REUNIONS DES COMITES ET DU CONSEIL

Compte tenu du nombre limité d'heures pendant lesquelles les membres du Conseil siègent pour travailler sur l'élaboration d'une politique, il est important que les membres connaissent bien à la fois le contenu et l'historique du document à l'ordre du jour. La chose peut-être la plus importante pour être un bon membre du Conseil est d'arriver préparé aux réunions. Le Secrétariat a un gros travail à faire pour veiller à ce que les documents soient traités et traduits aussi vite que possible pour transmission aux membres du Conseil, plusieurs semaines avant la session du Conseil. Merci de ne pas vous préparer au dernier moment, dans l'avion ou au petit déjeuner le jour de la réunion!

Propositions et votes

L'AMM utilise un système assez universel de procédure parlementaire. Tout membre du Conseil peut **déposer une motion**. Cette motion doit être **étayée** par un autre membre. Si tel est le cas, le Président lance le **débat**. Lorsque le débat est clos ou s'il n'y a pas de débat, le Président demande aux membres de **voter** en levant les cartes fournies par le Secrétariat. Le Président commence par demander un décompte des voix "**Pour**" puis des voix "**Contre**" et enfin les "**Abstentions**". Le Président annonce ensuite si la motion est **acceptée** ou **rejetée**.

Pour de plus amples détails sur les procédures parlementaires de l'AMM, veuillez consulter les règles de procédure pour toutes les instances de délibération de l'Association Médicale Mondiale que vous pourrez vous procurer auprès du Secrétariat.

LES PRESENTATIONS POLITIQUES DE L'AMM

L'AMM présente ses politiques sous différents modes.

Déclarations et Prises de position

Une déclaration ou prise de position est un document qui "reflète la politique de l'AMM sur un sujet considéré comme important, qui s'applique universellement et qui repose sur des principes durables". Les déclarations ont une portée plus large que les prises de position qui elles traitent de sujets plus spécifiques ou plus ciblés.

Voici des exemples de déclarations de l'AMM :

- Déclaration de Lisbonne sur les droits du Patient
- Déclaration d'Helsinki sur la recherche biomédicale impliquant des êtres humains
- Déclaration de Séoul sur l'autonomie professionnelle et l'indépendance clinique
- Déclaration sur l'euthanasie

Voici des exemples de prise de positions de l'AMM:

- Prise de position sur les questions éthiques concernant les patients atteints de maladie mentale
- Prise de position sur la communication et la coordination des urgences sanitaires
- Prise de position sur la résistance aux antibiotiques
- Prise de position sur la fouille corporelle des prisonniers

Jusqu'à la fin des années 1990, il n'existait pas de critères spécifiques distinguant une déclaration d'une prise de position. C'est pourquoi; au fil des années, certains documents étaient appelés Déclarations même s'ils auraient dû être appelés Prise de position. Actuellement, une vaste analyse de toutes les politiques de l'AMM est en cours et il devrait y avoir une reclassification à l'occasion de la mise à jour de certains documents.

Résolutions

Les résolutions expriment une réaction de l'AMM à une situation particulière, généralement urgente. Les résolutions sont soumises au même processus politique que les déclarations et prises de positions. Toutefois, en raison du caractère urgent du sujet, le processus est en général accéléré et souvent ne donne pas lieu à une diffusion auprès de toutes les AMN pour commentaires. Si des AMN ont des questions ou des suggestions sur une résolution, non diffusée, elles ont toute latitude pour le faire lorsque les documents sont présentés à l'Assemblée Générale pour adoption.

Résolutions du Conseil

Le Conseil peut adopter une "Résolution du Conseil" sur une question importante nécessitant une action immédiate que l'Assemblée Générale ne peut prendre en temps utile. Les résolutions du Conseil ne peuvent pas donner lieu à des positions

politiques totalement nouvelles. Elles peuvent seulement :

- Réaffirmer une précédente déclaration/prise de position/résolution

- Exprimer une position s'inspirant de l'esprit d'une politique ou d'une action de l'AMM déjà existante.

Les résolutions du Conseil ne font pas partie de l'ensemble des politiques de l'AMM (réunies dans la brochure des politiques de l'AMM). Elles peuvent toutefois donner lieu à une large diffusion. Si nécessaire, le Conseil peut en dernier ressort soumettre le document à l'Assemblée Générale pour adoption en tant que "Résolution de l'AMM".

Documentations

Les documents de fond sont parfois établis pour explorer de nouveaux sujets ou pour examiner en détails des opinions divergentes sur un sujet important. Le but de ces documentations est d'analyser les sujets et de fournir des informations afin d'aider l'AMM à traiter des points spécifiques.

CONCLUSION

Faire partie du Conseil de l'AMM doit être une expérience agréable et fructueuse. Le Secrétaire Général et le personnel de l'AMM sont à votre disposition pour vous informer et feront de leur mieux pour répondre aux questions que vous pourriez avoir sur vos responsabilités en tant que membre du Conseil.

Téléphone: +33 4 50 40 75 75

Fax: +33 4 50 40 59 37

E-mail: wma@wma.net

Pour une étude plus approfondie des sujets figurant dans ce guide, les membres du Conseil sont invités à consulter le Catalogue AMM des Postes et de leur Fonctionnement, disponible sur demande auprès du Secrétariat de l'AMM.

Avril 2011

19

Documentations

Les documents de fond sont parfois établis pour explorer de nouveaux sujets ou pour examiner en détails des opinions divergentes sur un sujet important. Le but de ces documentations est d'analyser les sujets et de fournir des informations afin d'aider l'AMM à traiter des points spécifiques.

CONCLUSION

Faire partie du Conseil de l'AMM doit être une expérience agréable et fructueuse. Le Secrétaire Général et le personnel de l'AMM sont à votre disposition pour vous informer et feront de leur mieux pour répondre aux questions que vous pourriez avoir sur vos responsabilités en tant que membre du Conseil.

Téléphone: +33 4 50 40 75 75

Fax: +33 4 50 40 59 37

E-mail: wma@wma.net

Pour une étude plus approfondie des sujets figurant dans ce guide, les membres du Conseil sont invités à consulter le Catalogue AMM des Postes et de leur Fonctionnement, disponible sur demande auprès du Secrétariat de l'AMM.

Avril 2011

Compte rendu de la réunion du CPME, Bruxelles, 27 novembre 2010

Dr P. Beke

Dr R. Kerzmann

En ouverture de la réunion, monsieur J. Tiedje, de la Commission européenne, a pris la parole sur le thème suivant :

« *The professional Qualifications Directive – Need for modernisation ?* »

Monsieur Tiedje a souligné que les principaux problèmes en matière de migration des médecins concernent les qualifications et la connaissance des langues. D'autres difficultés ont trait à la communication de l'information à propos des qualifications et des antécédents disciplinaires. La Commission européenne souhaite préparer une actualisation des points à résoudre en matière de migration tant des médecins que des patients. Monsieur Tiedje renvoie essentiellement à la Déclaration de Berlin de septembre 2010 (voir aussi la synthèse de cet exposé dans la note du docteur R. Kerzmann).

Le rapport de la réunion du CPME de juin 2010 a été approuvé.

Ci-dessous un aperçu des points saillants de l'agenda.

1. L'adaptation des statuts du CPME était sans doute le sujet majeur de l'agenda. L'adaptation a été approuvée sur la base d'un large consensus de 19 voix contre 5. Il s'agit surtout de l'allongement de la durée du mandat de président qui passe de 2 ans à 3. L'adaptation du vote et de sa pondération a été cadrée dans un nouveau contexte : plus de 200.000 médecins, cinq voix, plus de 100.000 médecins, 4 voix, plus de 30.000 médecins, 3 voix, plus de 10.000 médecins, 2 voix et sous les 10.000 médecins, 1 voix.

Le CPME espère que l'adaptation de la pondération du vote permettra un rapprochement des pays qui se sont récemment retirés comme l'Espagne, l'Italie et la France.

2. Le CPME soutient l'initiative de la Commission européenne de revoir la « Tobacco Products Directive (2001/37/EC) » dans l'intérêt général de la santé publique. Cela concerne surtout l'extension de dangereux produits tels le tabac et les produits nicotiques sans fumée comme les ENDS (Electronic Nicotin Delivery Systems). La proposition est qu'à long terme, tous les médecins doivent défendre que le tabac et la nicotine sous toutes leurs formes sont dangereux et que ces produits doivent être soumis au contrôle antitabac. La consommation dans les lieux publics, la publicité, le sponsoring et la promotion doivent être bannis.

3. Le CPME et l'évaluation et la reconnaissance des qualifications professionnelles (Cf. directive (2005/36/EC). Pour l'instant, on constate toujours en Europe une nette corrélation entre la migration de médecins et la sécurité des patients. Le CPME attire l'attention sur le fait que la Déclaration de Berlin du 13 septembre 2010 est un document qui restitue le point de vue des médecins européens concernant la langue et les objectifs des médecins migrants, ainsi que l'échange d'informations sur les antécédents disciplinaires des médecins migrants. La Déclaration de Berlin est l'unique et premier pas dans la direction de l'optimisation du système actuel et des changements à lui insuffler.

4. En ce qui concerne le « E-prescribing » et le « Cross-border care » (CPME 2010/126), la question est soulevée de l'effet de la mobilité du patient sur les soins transfrontaliers. Le CPME a adopté une déclaration sur le « e-prescribing » fixant les conditions de la détermination de l'identification précise des intéressés, le médecin et le patient, et les conditions de la prescription électronique. Des systèmes de données sécurisés, la bonne interopérabilité des préparations pharmaceutiques et leur authentification à l'intérieur du marché européen doivent être assurés.

5. A propos du « Task-shifting » (CPME 2010/128), le CPME estime que des tâches doivent pouvoir être déléguées à des praticiens professionnels non-médecins, mais uniquement en concertation avec le corps médical et avec l'accord de ce dernier. Le « Task-shifting » ne peut jamais remplacer le travail d'équipe interactif entre les médecins et d'autres praticiens professionnels.

6. Dans la problématique de la population vieillissante, « Healthy Ageing » (CPME 2010/105), le CPME engage à suivre de près l'évolution démographique en Europe et à mettre en place des soins adéquats, coordonnés avec les autres groupes professionnels.

7. En ce qui concerne la spécialité « Family Medicine » (CPME 2010/124), le CPME réaffirme sa position, déjà suggérée par quelques pays scandinaves, prônant la reconnaissance générale de la « Family Medicine » comme une spécialité médicale à part entière.

8. Dans le cadre de la directive européenne relative au temps de travail (2003/88/EC) (CPME 2010/123), le texte présenté n'a pas fait l'unanimité et a été renvoyé au groupe de travail pour poursuivre la préparation des remaniements à apporter à la directive en tenant compte des nombreuses remarques formulées.

European Association for Physician Health (EAPH), Barcelone, 1 - 3 décembre 2010.

S. De Maesschalck
Dr P. Beke

De European Association for Physician Health (EAPH) s'est tenue à Barcelone du 1er au 3 décembre 2010.

La deuxième conférence internationale de la « European Association for Physician Health (EAPH) s'est tenue à Barcelone du 1er au 3 décembre 2010.

Elle était organisée par la Fondation Galatea et a attiré 98 délégués, notamment d'Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Irlande, Israël, Italie, Nouvelle-Zélande, Norvège, Pologne, Espagne, Suisse, Grande-Bretagne et Etats-Unis.

La « European Association for Physician Health » a été créée en novembre 2008 afin de constituer un réseau pour des groupes et des individus qui communiquent et collaborent au sujet de la santé des médecins.

Le programme s'est déroulé en 3 jours sous forme de séances plénières suivies de réunions de groupes de travail pour le commentaire a posteriori des thèmes traités.

1er décembre : « Session interactive » introductive

Monsieur Mike Peters (UK), monsieur Rochfort (Irlande) et monsieur Frieder Wurst (Autriche) ont présenté **« Perfectionism in Doctors - Is being good enough-enough ? ».**

Dans le Lancet de 2009, un article a été publié soutenant que lorsque les médecins sont malades, leurs prestations au sein du système des soins de santé peuvent être sous-optimales. La santé du médecin ne bénéficie pas seulement au patient individuel, mais également au médecin (Lancet 2009 ; 374 : 1714-21). Le système des soins de santé mesure le bien-être.

Les médecins sont souvent confrontés à une pression externe. Le public veut des médecins parfaits, une conception qui est basée sur les séries télévisées. Cette pression peut parfois conduire au suicide parce que le médecin estime qu'il manque à son devoir envers son patient s'il n'est pas parfait.

Les médecins sont perfectionnistes. Il existe deux sortes de perfectionnistes, à savoir les perfectionnistes normaux (se donnent personnellement des normes élevées, mais adaptent leurs normes si la situation le requiert), et les perfectionnistes névrotiques (qui estiment que leur travail n'est jamais assez bon, ce qui les rend très intolérants et extrêmement critiques vis-à-vis d'eux-mêmes quant aux erreurs).

Le perfectionnisme névrotique conduit souvent à la dépression, à l'abus d'alcool et de substances, à des cardiopathies, à des troubles obsessionnels compulsifs (TOC), au suicide et à l'anorexie nerveuse.

Dans un tel contexte, les questions suivantes se posent. Est-ce qu'être bon est bon assez ? La perfection est-elle essentielle et nécessaire ? Est-ce qu'être bon assez est être médiocre ?

La professionnalisation de la médecine a conduit le médecin à se sentir individuellement responsable de la dispensation de soins parfaits. Cette responsabilité doit être assumée pendant toute la carrière sans fatigue, sans frustration, sans colère, sans maladie. Le perfectionnisme est guidé par la crainte de l'échec dans l'accomplissement de cette responsabilité.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_perfectionism/\\$FILE/Perfectionism+in+doctors.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_perfectionism/$FILE/Perfectionism+in+doctors.pdf)

Séances plénières du 2 décembre

Thème : « Difficult doctors »

Madame Gwen Adshead (UK) a présenté **« Disruption and disorder : personality dysfunction in doctors »**

Le terme « personnalité » vient de « persona », le masque. Il s'agit de l'interaction entre l'expérience individuelle et le monde social.

Un trouble de la personnalité se caractérise par un schéma rigide et durable de pensées, de sentiments et de comportements qui, au sein de la culture de l'intéressé, s'écarte nettement des attentes. Le trouble débute souvent dès l'enfance.

Les médecins jouissent du respect social, mais ils ont aussi des responsabilités sociales significatives. Les médecins qui ne parviennent pas à maintenir des normes professionnelles et à gérer l'aide sociale peuvent causer des dommages à la santé publique et aux patients.

Différentes raisons expliquent des prestations non optimales : des tensions, des problèmes connexes, la dépression, l'abus de substances toxiques. Le comportement « destructeur » ou comportement anti-professionnel est une manifestation particulière d'une prestation de mauvaise qualité. Ce sont des situations dans lesquelles les médecins sont perçus par les autres comme étant inutiles.

Par la passé, un comportement brutal ou destructeur était toléré par les services médicaux et était même considéré parfois comme un signe d'excentricité. Tant que les soins ne s'en trouvaient pas compromis, les médecins perturbateurs étaient simplement déplacés dans un autre service.

Les évolutions au niveau de la profession ont modifié les formes de tolérance vis-à-vis du comportement des médecins. Des études menées aux Etats-Unis montrent qu'un comportement destructeur est souvent associé à un trouble de la personnalité ou à une dépression non diagnostiquée (Summer & Ford, 1998 ; Roback et al., 2007). Des traits de personnalité asociale ou narcissique peuvent résulter chez un bon médecin de tensions ou d'événements traumatiques au domicile ou au travail (Summer & Ford, 1998 ; Tyssen & Vaglum, 2002 ; Garelick et al., 2007 ; Myers & Gabbard, 2008).

A l'heure actuelle, les médecins présentant des troubles du comportement peuvent être identifiés comme souffrant de problèmes de santé. Le cas échéant, il est alors conseillé au médecin de se faire aider et le comportement est présumé être une conséquence de la maladie. Le médecin peut être placé sous supervision médicale et être soumis à un traitement médical et parfois même psychologique.

Le ministère anglais de la Santé a développé en novembre 2008 le premier « Practitioner Health Programme » (PHP) à l'intention des médecins de et autour de Londres.

Le problème des troubles de la personnalité est difficile à mesurer. En Grande-Bretagne, les estimations portent à 4% le nombre des médecins atteints de troubles de la personnalité, dont 1% à un stade sévère.

Les médecins qui ont un problème de comportement « mental disorders » se voient rarement proposer une aide spécifique. Parmi les exceptions, on compte l'université de Cardiff Deanery, qui dispose d'un programme individualisé pour les médecins présentant des problèmes de comportement. Ce programme est en cours depuis plusieurs années. Dans ce cadre, la question a été soulevée de savoir si l'on ne pourrait pas soumettre les étudiants lors de la sélection pour les études médicales à une analyse de caractère préventive qui permettrait le dépistage précoce de problèmes de comportement.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_disruptive/\\$FILE/Disruptive+and+distressed+doctors+-+Relevance+of+personality+disorder.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_disruptive/$FILE/Disruptive+and+distressed+doctors+-+Relevance+of+personality+disorder.pdf)

Madame Janet Ballard (UK) a présenté « **Chronic embitterment** »

La rancœur chronique est selon Linde (2003) une émotion rémanente faite d'un sentiment continu de déception et de désillusion, de peur de l'échec et de désespoir. Le patient se sent offensé et nourrit des sentiments de vengeance.

La rancœur chronique est fréquente. Elle est associée à la dépression et à l'anxiété profonde et conduit à un absentéisme élevé pour cause de maladie.

Une étude a été effectuée parmi le personnel du NHS (National Health Institute) au sujet de l'amertume chronique, à l'aide de questionnaires qui ont été remplis après avoir pris contact avec le conseiller de santé ou le médecin d'entreprise. Les questionnaires ont été remplis par 236 personnes (56% de femmes, 66% de débutants, 68% de professionnels qualifiés (29% d'infirmières, 21% de collaborateurs des soins de santé, 3% de médecins)).

On peut conclure de cette étude que l'amertume chronique est un phénomène important au sein du personnel du NHS. Les personnes concernées sont référées à la médecine du travail (« occupational health »). L'amertume chronique est associée à l'échec de l'aide personnelle et/ou organisationnelle et est majoritairement présente parmi les personnes assumant des responsabilités de supervision.

Pour parvenir à des solutions, il s'impose que ces patients(médecins) communiquent précocement et correctement. On veillera aussi à réagir très rapidement en cas de soupçon d'une amertume chronique.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_chronic/\\$FILE/Chronic+embitterment.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_chronic/$FILE/Chronic+embitterment.pdf)

Madame Florence Starr (UK) a présenté « **Deceptive appearances disentangling health and behaviour** »

Le NCAS, « National Clinical Assessment Service » (anciennement « National Clinical Assessment Authority » NCA) est devenu un service de santé spécifique en avril 2001, suite aux recommandations énoncées dans « Supporting Doctors, Protecting Patients » (novembre 1999) et « Assuring the Quality of Medical Practice : Implementing Supporting Doctors, Protecting Patients » (Janvier 2001).

Le NCAS contribue à résoudre des problèmes en rapport avec les prestations de dentistes, médecins et pharmaciens en donnant aux organisations des soins de santé et aux professionnels des soins de santé des avis et un soutien confidentiels. L'objectif est de collaborer avec toutes les parties en vue d'aider le professionnel des soins de santé.

Le soutien du NCAS va du conseil prodigué par téléphone à l'appréciation complète des prestations du professionnel des soins de santé. Le NCAS ne reprend pas le rôle de l'employeur et ne fonctionne pas non plus comme régulateur.

Le but de l'appréciation donnée est d'identifier les traits de personnalité sous-jacents et autres facteurs susceptibles d'influencer le comportement au travail du professionnel des soins de santé comme la dépression, le trouble obsessionnel compulsif, l'autisme d'Asperger.

Il est procédé à l'analyse au moyen d'entretiens et de tests psychométriques en vue de cerner les aptitudes du patient médecin.

Ces tests vérifient les compétences suivantes : empathie et sensibilité, organisation personnelle, communication et ascendant, la faculté de diriger, le travail en équipe, la résistance au stress, l'ouverture, la conscience de soi, la capacité décisionnelle.

Le NCAS résume dans un rapport écrit ses constatations, diagnostic, pronostic et recommandations en matière de comportement.

Dans l'expérience qu'il a de ses appréciations des professionnels des soins de santé, le NCAS distingue 94% des intéressés ayant une difficulté significative qui est la conséquence de leurs approches comportementales et 88% dont les problèmes sont la conséquence de leur environnement de travail.

Les caractéristiques des professionnels des soins de santé référés sont souvent une mauvaise communication avec les confrères, l'incapacité de gérer des tensions, une faible résistance à stress, des aptitudes cliniques réduites, une mauvaise capacité décisionnelle et une mauvaise communication ou inadaptée avec les patients.

Ces comportements influencent les prestations du médecin.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_deceptive/\\$FILE/Deceptive+apperances+-+disentangling+health+and+behaviour.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_deceptive/$FILE/Deceptive+apperances+-+disentangling+health+and+behaviour.pdf)

Thème d'assemblée plénière : « Doctors in difficulty »

Madame Lusilla (Espagne) a présenté « **Relapse and readmission among inpatient physicians** »

Madame Lusilla est psychiatre au PAIMM « Programme d'Attention Intégrale pour le Médecin Malade » (« Integral Care Program for Sick Physicians »). Le PAIMM fut créé en 1998 par l'Ordre des Médecins de Barcelone, par le Département de Santé et Sécurité Sociale de la Generalitat de Catalogne et le Service Catalan de Santé. Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Catalogne y adhéra postérieurement. Ce programme a pour but d'assister, de façon intégrale, les médecins qui subissent des problèmes psychiques et/ou des comportements de dépendance. La finalité est donc d'assurer qu'ils reçoivent le traitement adéquat.

La littérature montre que certains médecins doivent être hospitalisés pour désintoxication ou pour le traitement de maladies mentales. Les vecteurs de stress sont notamment le perfectionnisme, les changements organisationnels au travail, des attentes placées trop haut, des réformes, etc.

Le PAIMM a recherché les pourcentages de patients qui rechutent après un traitement.

Dans la période de 1999 à 2007, 1024 personnes ont été recensées. Parmi celles-ci, 801 n'ont pas été hospitalisées et 493 l'ont été. Sur ces 493, on dénombre 335 spécialistes, 47 non spécialistes, 23 en formation et 88 infirmières.

L'étude du PAIMM a mis en évidence qu'1/3 des patients(médecins) ont un jour été réadmis. La moitié des patients est hospitalisée plus d'une fois. Les réadmissions ont lieu pour ¼ durant le premier trimestre suivant l'arrêt du traitement. L'âge, le genre, la maladie et la longueur de l'admission ne jouent pas un rôle.

La réadmission va souvent de pair avec un divorce, la dépendance à la cocaïne, le désordre psychotique, les tendances suicidaires.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_difficulty/\\$FILE/Doctors+in+difficulty.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_difficulty/$FILE/Doctors+in+difficulty.pdf)

Madame Cohen (UK) a présenté « **Doctors and their Health** »

A la demande du "Royal Medical Benevolent Fund", le "Centre for Psychosocial and Disability" de la « Cardiff University » a réalisé une étude concernant les médecins qui connaissent des problèmes de santé complexes ou des problèmes relatifs aux prestations et qui sont exclus du lieu de travail.

Etre hors circuit, quelle qu'en soit la raison, peut avoir un effet sur la santé physique et mentale d'un individu. Le retour de la personne dans un environnement de travail sain et offrant un soutien favorise la guérison.

Plus longtemps cette personne ne travaillera pas et sera absente du travail, plus grande est la probabilité que cette personne ait des problèmes psychiques. Il est donc parfois nécessaire d'adapter le lieu de travail à l'individu. C'est aussi un élément important dans le traitement des problèmes physiques et mentaux.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_doctorsandhealth/\\$FILE/Doctors+and+their+health.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_doctorsandhealth/$FILE/Doctors+and+their+health.pdf)

Monsieur José Eduardo Montejo et monsieur Miquel Bel (Espagne) ont présenté « **Intensive Day Hospital Program for Substance Use Disorders in Health Care Professionals** »

Tous deux sont psychiatres au PAIMM.

La philosophie du PAIMM se base sur le contenu du Code d’Ethique et de Déontologie de l’association médicale espagnole (Organizacion Médica Colegial). L’article 19 énonce :

« *A physician must abstain from all professional activity that exceeds his/her competency. Should such a situation arise, he/she will propose a referral to a colleague who is competent in the matter.*

2. *If a doctor should observe that because of age, illness or other causes, his/her judgment or technical ability is impaired, he/she must immediately request advice of a trusted colleague so that this latter can help him/her to decide if he/she must suspend or modify his/her professional activity temporarily or definitively.*

3. *If the doctor were not aware of such deficiencies and these were adverted to by a colleague, the latter has the obligation to tell him/her and, if need be, to inform the Medical Council objectively and with all due discretion. This action is not to be construed as a lack of the loyalty owed to a fellow-physician, since the welfare of the patients must always be given priority.*”

Leur philosophie n’est pas répressive et est basée sur l’accès volontaire, la prévention et la promotion de la rééducation. Le programme de traitement est réalisé par l’Unité clinique du PAIMM et se répartit en plusieurs sections : une hospitalisation, un hôpital de jour et des traitements ambulatoires.

L’expérience révèle un résultat positif lorsqu’un traitement est effectué dans des centres spécifiquement dédiés aux professionnels des soins de santé. Le pourcentage de rechutes est faible et les professionnels des soins de santé expriment leur satisfaction. Dans ce contexte, on parle en termes de problèmes et questions spécifiques aux médecins, de qualité de vie et de satisfaction familiale.

Pourquoi un lieu unique consacré exclusivement au traitement de médecins ayant des problèmes est-il si important ? La confidentialité, les conversations entre médecins, l’anonymat et la discrétion figurent parmi les réponses. Et les résultats semblent excellents ; Le programme est suivi complètement par 90% des médecins concernés et seuls 16% rechuteraient.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_intensive/\\$FILE/Intensive+day+hospital+programme.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_intensive/$FILE/Intensive+day+hospital+programme.pdf)

3 décembre

Thème d’ouverture : session spéciale brève

Madame Jenny Firth-Cozens (UK) et monsieur Olaf Aasland (Norvège) ont présenté « **Research Doctors’Health : Looking back, Looking forward**”

La santé des médecins a déjà fait l’objet de nombreuses études, mais il reste des questions à explorer.

Sur le plan de l’organisation, il faut encore examiner ce que sont les coûts des problèmes de santé mentale chez les professionnels des soins de santé, le rapport coût/efficacité du traitement ou non des problèmes de santé mentale, les conséquences pour les professionnels/les patients sous l’angle de la nouvelle méthode de travail (qu’en est-il de la vitesse de rotation des lits, ...), comment des changements d’organisation ont un impact sur la personne.

En outre, sur le plan de l’individu, il est nécessaire d’étudier le rôle de l’intelligence émotionnelle, les risques individuels potentiels, et comment détecter les problèmes anticipativement.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_dohealthresearch/\\$FILE/Doctors%27+health+-+research+old+and+new.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_dohealthresearch/$FILE/Doctors%27+health+-+research+old+and+new.pdf)

Séance plénière « Prevention and Intervention »

Monsieur Joe Collum (UK) a présenté « **European Working Time Directive, Work-Life Balance, and Patient Safety** »

En 2005, la Grande-Bretagne se distinguait par la semaine de travail la plus longue dans toute l’Europe.

La directive européenne relative au temps de travail a été transposée dans la législation anglaise dès 1998. L’implémentation a eu lieu en 2009.

En août 2009, les heures de travail hebdomadaire des médecins devaient être limitées à 48 heures par semaine.

Le NHS North West a appliqué ce régime à partir de 2008 déjà. Il a ainsi été possible de faire la comparaison avec les autres régions de Grande-Bretagne. Le but était d'examiner si l'application de cette directive entraînait un préjudice pour le patient.

L'étude a montré que la moyenne des séjours était plus basse dans le NHS North West que dans le reste de la Grande-Bretagne. Il n'y a pas eu d'accroissement des réadmissions de patients.

Les 48 heures hebdomadaires n'ont apparemment pas eu une influence négative à l'égard du patient et ont produit un effet positif pour la vie privée du médecin.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_ewtd/\\$FILE/The+European+working+time+directive.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_ewtd/$FILE/The+European+working+time+directive.pdf)

Madame Karin Isaksson (Norvège) a présenté **“The relationships between coping, job stress and burnout”**
A three-year prospective study after a counseling intervention for help-seeking physicians

Les professionnels des soins de santé présentent souvent des symptômes dépressifs (18-30%), un burnout (27-77%) et des tendances suicidaires. Souvent, ils ne cherchent pas d'aide. Pourtant, leur fonctionnement est important pour le patient et donc pour la santé publique.

En Norvège, à Modum Bad, il existe la « Villa Sana », « A Ressource Centre for Health Personnel ».

Les objectifs sont d'améliorer la santé mentale et la qualité de vie et de faire obstacle au burnout.

Il y a deux sortes d'accompagnement : un accompagnement individuel et un accompagnement de cinq jours.

L'accompagnement individuel dure de 6 à 7 heures. La situation actuelle du médecin (stress, facteurs contextuels) est examinée. L'accent est mis sur les stratégies, le respect de soi, l'indépendance, les besoins (à court et à long terme : par exemple, le traitement, le congé maladie, un changement dans la situation de travail).

Lors de l'accompagnement plus long, l'accent est davantage mis sur les activités physiques, les discussions de groupe, les programmes culturels et le conseil individuel.

Dans cette Villa, le médecin est accompagné, mais ne reçoit pas de traitement. Le médecin intègre la Villa de son plein gré. La relation est celle de collègue à collègue, de médecin à médecin. Il n'y a pas de documents officiels. Tout se déroule de façon confidentielle et anonyme.

Divers points ont été étudiés durant les trois années d'existence que compte la « Villa Sana », à savoir la relation entre le travail, le stress et le burnout après une thérapie destinée aux professionnels des soins de santé nécessitant une aide.

Entre 2003 et 2006, 227 médecins ont participé à un scénario de référence dans la Villa Sana, avec auto-évaluation au départ, ensuite après un an et après trois ans. Le parcours des trois ans a été accompli par 184 médecins (83 hommes, 101 femmes).

L'épuisement émotionnel et les tensions au travail sont des problèmes fréquents.

Le suivi des médecins ayant participé au scénario de référence a révélé après un an et après trois ans une amélioration significative au niveau de l'épuisement émotionnel, des tensions au travail et du focus émotionnel. Ces constatations impliquent sur le plan clinique qu'aussi bien le changement émotionnel que la diminution de la tension au travail sont importantes dans les actions entreprises pour diminuer ou empêcher le burnout chez les médecins.

[http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_relationships/\\$FILE/The+relationships+between+coping%2C+job+stress+and+burnout.pdf](http://www.eaph.eu/eaph.nsf/AttachmentsByTitle/barcelona_relationships/$FILE/The+relationships+between+coping%2C+job+stress+and+burnout.pdf)

Monsieur Eugeni Bruguer et madame Dolores Braquehais ont présenté **« Designing interventions for smoking reduction or cessation in Spain »**

Le tabac est une des grandes causes de mortalité. Il y a plus de fumeurs chez les personnes atteintes de troubles mentaux que chez les personnes qui ne le sont pas (Coulter et al., London Stationary Office 2000 ; Lasser et al., JAMA 2000 ; Morisano et al., Can J Psychiatry 2009).

Les médecins sont censés jouer un rôle d'exemple. Les médecins qui fument donneront des conseils différents et moins catégoriques sur l'arrêt du tabac que ceux qui ne fument pas.

En Espagne, 1282 professionnels des soins de santé sont fumeurs (655 médecins et 627 infirmières). Parmi les médecins, on constate une proportion de 34.5% d'hommes et 35.2% de femmes. Chez les infirmiers, 34% sont des hommes et 45.2% sont des femmes. Les professionnels des soins de santé dans une proportion de 35.5% déclarent vouloir arrêter le tabac dans les deux ans.

En Catalogne, ces chiffres sont légèrement plus bas.

Il est possible de recourir au PAIMM pour arrêter de fumer. Les fumeurs sont admis pour suivre un programme spécifique. Le PAIMM applique la loi espagnole entrée en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011. Il est désormais interdit de fumer dans les bâtiments publics et au travail. Des locaux spéciaux pour les fumeurs ne sont pas prévus. En fait, il n'est plus possible de fumer qu'en plein air, chez soi, et moyennant limitations, dans les cafés et restaurants.

Conclusions :

Les conclusions de ces trois journées de conférence sont les suivantes :

De manière générale, il apparaît clairement que les problèmes de santé des médecins entraînent des conséquences graves non seulement pour eux-mêmes mais aussi pour les patients et qu'ils représentent donc un danger pour la santé publique.

Les problèmes peuvent provenir de :

« Mental disorders » en tant que facteurs internes.

La structure de la personnalité du médecin
La désillusion et l'amertume dans le travail
Le médecin ne se considère jamais suffisamment parfait
Le médecin est excessivement exigeant vis-à-vis de lui-même
« Doctors in difficulty » en tant que facteurs externes

Conditions de travail
Mauvaise communication avec les collègues
Tâches et responsabilité exigeantes
Les trop grandes attentes de tiers

Comment aborder ce problème pour aider le médecin et le patient ?

Préventivement :

Dépister les troubles de la personnalité dès les études
Viser une bonne communication avec les collègues
Être soucieux d'un perfectionnisme sain n'est pas identique à vouloir être parfait
Respecter les temps de travail
Éviter l'usage de substances addictives
Rechercher un équilibre « quality of life » : au travail, en famille, socialement, ...

Détection précoce des problèmes :

Au travail par les collègues : signalement
En situation privée signalement par la famille, le partenaire ...

Accompagnement vers la santé et la réintégration au travail :

Agir le plus rapidement possible
N'être absent au travail que le plus brièvement possible
Viser la discrétion et la confidentialité
De préférence entre médecins seulement ?
Soit limité à de l'information, soit intensif lors d'un séjour.

Quelle est la mission de la EAPH pour l'avenir ?

Optimisation des programmes existant actuellement en Espagne, Norvège, UK ; France (début), Irlande...
Diffuser les objectifs de la EAPH dans toute l'Europe et informer les médecins et les institutions sur l'importance de la problématique
Projet d'étude dans une approche européenne et soutien de l'Europe
Analyser les projets existants et enregistrer les résultats
Étudier la faisabilité dans d'autres pays
Attirer des fonds européens de soutien
Contrôler l'efficacité des initiatives existantes
Attirer l'attention des médecins, des managers et des institutions sur l'importance de la « Santé des Médecins » (« Health of Doctors »)
Tenir une conférence annuelle ouverte à tous les pays d'Europe :
Évaluer l'état d'avancement
Échanger de l'information
Procéder à des améliorations.

La prochaine Conférence de la EAPH aura lieu cet automne 2011 à Salzbourg.



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.