

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
SEPTEMBRE 2011

N° 134

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Dr P. Beke*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

2 - Communiqué de presse concernant l'implication de l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 5 avril 2011

- Délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale
 - Droit d'entrée dans une association ou société, et à l'indemnité de sortie
 - Consultation du dossier médical par un médecin légiste
 - Pharmacien clinicien dans un hôpital
 - Participation des médecins à des émissions de télévision et des articles parus dans la presse
 - La gestion du Dossier Médical Global (DMG)
-

CHRONIQUE INTERNATIONALE

12 Réunion EFMA-OMS, Bruxelles, 23 et 24 juin 2011 - Rapport

Dr J. L. Desbuquoit
Prof. A. Herchuelz

Chers Confrères,

Les réunions du Conseil national tenues au printemps ont livré à nouveau quelques avis intéressants.

Avant toute chose, un communiqué de presse a été publié à propos de l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne, du 5 avril 2011, qui proscrit l'interdiction totale de démarchage par une réglementation nationale vis-à-vis des membres d'une profession réglementée, telle que la profession d'expert-comptable. Le Conseil national précise que cet arrêt ne s'applique pas aux services de soins de santé. Ceci signifie qu'une instance nationale régulatrice comme le Conseil national de l'Ordre des médecins est effectivement compétente pour interdire le démarchage de clients, en l'occurrence de patients.

Vient ensuite l'avis relatif aux délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale. L'avis établit une distinction entre les données médicales du rapport de garde, à caractère personnel et identifiables, qui peuvent être détruites quasi immédiatement après l'envoi du rapport de garde au médecin généraliste fixe, et les données anonymes utiles et pertinentes pour le rapport annuel, n'étant conservées que pour la durée nécessaire à la rédaction de ce rapport, à savoir dix-huit mois.

Un autre avis important concerne le droit d'entrée et l'indemnité de sortie dans une association ou société. On notera, parmi les quatre principes dégagés, que, dans une association ou une société dans laquelle une répartition progressive des honoraires est établie lors de l'entrée de nouveaux membres ou dans laquelle ces derniers ont déjà payé un droit d'entrée, une indemnité de sortie ne peut être octroyée au médecin qui a déjà bénéficié de l'avantage financier issu du régime des entrées.

La « Consultation du dossier médical par un médecin légiste » est également un avis intéressant. Une nette distinction est faite entre, d'une part, le médecin légiste qui agit comme « expert judiciaire » requis par un juge, notamment un juge d'instruction, auquel cas la consultation dépend de la mission fixée par l'autorité requérante, et d'autre part, le médecin légiste qui agit comme « conseiller technique », auquel cas la consultation du dossier ne peut, hormis quelques circonstances exceptionnelles, être ordonnée par le procureur du Roi.

Compte tenu des nombreuses réactions à l'occasion de certaines émissions de télé-réalité, de séries documentaires et articles de presse, le Conseil national a jugé opportun d'attirer l'attention sur les dérives déontologiques possibles en rapport avec la publicité. Naturellement, les directives qui s'appliquent en premier lieu sont les dispositions des articles 12 à 17 inclus du Code de déontologie médicale. Celles-ci ne sont apparemment pas suffisamment connues, c'est pourquoi elles sont rappelées. Ensuite, le Conseil national a estimé utile de donner aux médecins quelques *guidelines* complémentaires à suivre lorsqu'ils apportent leur concours à des médias. En plus d'avoir avisé au préalable le conseil provincial compétent et, pour les médecins hospitaliers, d'avoir reçu l'accord du médecin-chef, le médecin doit veiller à ce que l'information ne soit pas racoleuse et à ce que les patients collaborant à une émission, soient instruits au préalable de façon précise des conséquences possibles pour leur image et leur vie privée et donnent leur consentement. Le médecin doit réagir par un droit de réponse si néanmoins des articles ou des bandes-annonces font une publicité racoleuse pour l'article ou l'émission prévue.

Enfin, il y a encore l'avis répondant à diverses questions concernant la gestion du dossier médical global (DMG) du médecin généraliste. Outre un dispositif légal à plusieurs reprises déjà adapté et modifié, le DMG a une incidence déontologique importante. Ainsi, si un médecin généraliste intervient comme médecin remplaçant consulté pour assurer la continuité des soins, il ne peut ouvrir un DMG, et ce, tant durant la prestation de la garde de population les week-ends et jours fériés que durant une garde en semaine organisée par les médecins généralistes. C'est seulement si le patient émet la volonté formelle et expresse de changer de médecin généraliste que l'ouverture d'un DMG peut être envisagée dès le premier contact. Il est souligné qu'en cas de changement de médecin détenteur du DMG, le nouveau médecin détenteur du DMG écrira au médecin précédent pour lui demander le transfert « des informations pertinentes et des données du dossier » du patient concerné. Le médecin sollicité les enverra dans un délai raisonnable de quatre semaines. En l'occurrence, le droit du patient à choisir librement son médecin et son droit à une médecine de qualité sont fondamentaux, ce qui se traduit tant par la confirmation de la relation de confiance unique entre le médecin et le patient que par la confirmation, administrativement, de leur relation thérapeutique.

Dr Paul BEKE,
Rédacteur en chef

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 28 MAI, 18 JUIN ET 16 JUILLET 2011

Communiqué de presse concernant l'implication de l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 5 avril 2011 (28/05/2011)
Délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale (28/05/2011)
Droit d'entrée dans une association ou société, et à l'indemnité de sortie (28/05/2011)
Consultation du dossier médical par un médecin légiste (28/05/2011)
Pharmacien clinicien dans un hôpital (18/06/2011)
Participation des médecins à des émissions de télévision et des articles parus dans la presse (16/07/2011)
La gestion du Dossier Médical Global (DMG) (16/07/2011)

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

2

Communiqué de presse concernant l'implication de l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 5 avril 2011 (28/05/2011)

MOTS-CLES :
Clientèle – Publicité et réclame
REFERENCE :
a134001f

Le Conseil national est interrogé concernant les implications pour la déontologie médicale de l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne du 5 avril 2011 dans l'affaire C-119/09.

Par cet arrêt, la Cour dit pour droit que l'article 24, paragraphe 1, de la directive 2006/123/CE relative aux services dans le marché intérieur, doit être interprété en ce sens qu'il s'oppose à une réglementation nationale qui interdit totalement aux membres d'une profession réglementée, telle que la profession d'expert-comptable, d'effectuer des actes de démarchage.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 28 mai 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance de l'arrêt du 5 avril 2011 de la Cour de justice de l'Union européenne (grande chambre) concernant l'interprétation de l'article 24 de la directive 2006/123/CE du 12 décembre 2006 du Parlement européen et du Conseil (de l'Union européenne) relative aux services dans le marché intérieur.

Aux termes du point 2.f de l'article 2 (Champ d'application) de la directive précitée, celle-ci ne s'applique pas aux services de soins de santé, qu'ils soient ou non assurés dans le cadre d'établissements de soins et indépendamment de la manière dont ils sont organisés et financés au niveau national ou de leur nature publique ou privée.

L'interprétation faite par l'arrêt susmentionné de cet article ne concerne donc pas les « services de soins de santé », dont l'exercice de la médecine fait partie.

Délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale (28/05/2011)

MOTS-CLES :
Dossier médical - Garde médicale - Médecin généraliste
REFERENCE :
a134002f

L'avis du Conseil national est demandé concernant les délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 28 mai 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 5 janvier 2011 concernant les délais de conservation des rapports de garde au sein des postes de garde de médecine générale.

1. Les postes de garde de médecine générale

L'organisation du service de garde de population repose sur les cercles de médecins généralistes (arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes), également pour les consultations effectuées pendant la prestation de cette garde par un poste de garde de médecine générale.

Le médecin généraliste de garde doit disposer d'un cabinet médical correctement équipé, situé dans le périmètre (de l'unité du service de garde) de la zone de médecins généralistes de ce cercle de médecins généralistes.

Normalement, il s'agit du cabinet de ce médecin généraliste de garde situé dans le périmètre (de l'unité du service de garde) de la zone de médecins généralistes du cercle de médecins généralistes.

Afin d'optimiser la visibilité et l'accessibilité du médecin généraliste de garde pour le grand public, des postes de garde de médecine générale ont été créés récemment, surtout dans les (grandes) agglomérations urbaines. Outre des facilités médicales bien équipées, ils offrent aussi le soutien logistique nécessaire au(x) médecin(s) généraliste(s) de garde.

En raison d'un nombre important d'obligations légales et déontologiques, il est nécessaire qu'il y ait un lien juridique et structurel clair entre le cercle de médecins généralistes (asbl) organisateur et le poste de garde de médecine générale au sein de la zone de médecins généralistes en question.

Le règlement interne du service de garde du cercle de médecins généralistes définit les modalités exactes du fonctionnement du poste de garde de médecine générale dans la zone de médecins généralistes. En particulier, ce règlement doit définir la subsidiarité entre la pratique de médecin généraliste individuelle et le service de garde de population l'une par rapport à l'autre, et en l'occurrence en tenant compte de la disponibilité en temps du poste de garde de médecine générale.

Par définition, un poste de garde de médecine générale ne peut être assimilé à une pratique de médecin généraliste classique : le but est d'assurer la continuité des soins en l'absence du médecin généraliste habituel dans le cadre de l'organisation du service de garde de population.

Il ne peut donc jamais être envisagé de faire assurer sa « propre » continuité des soins pour ses « propres » patients par ce poste de garde de médecine générale, même si certains patients s'y présentent de manière « répétitive ». Chaque patient doit toujours être référé à un médecin généraliste habituel (le gestionnaire du DMG - dossier médical global), et si le patient n'a pas encore de médecin généraliste, il doit absolument être encouragé à en choisir un librement.

2. Les rapports de garde

Dans le cadre du service de garde de population, il n'est pas utile de tenir à jour un dossier médical à part entière pour chaque patient vu par le médecin comme cela se fait normalement dans la pratique du médecin généraliste : il ne peut être question que d'un rapport de garde par patient.

Un rapport de garde ne peut pas être considéré comme un dossier médical à part entière puisque le contenu d'un rapport de garde ne remplit pas les critères posés à un dossier médical général.^{1,2} De l'information médicale fragmentée ne contribue à la qualité des soins que lorsqu'elle est insérée dans le dossier médical du médecin généraliste habituel. Une compilation de rapports de garde rédigés séparément ne remplit nullement le rôle du dossier de base. Ce dossier de base (sumehr) est extrait du dossier médical et contient le strict minimum de données qui permettent au médecin dans des situations d'urgence de comprendre en quelques instants la situation médicale d'un patient.³

La rédaction d'un rapport de garde a deux objectifs : d'une part, assurer la continuité des soins par la communication avec le médecin généraliste habituel et, d'autre part, la collecte de certaines données nécessaires en vue de la rédaction par le cercle de médecins généralistes organisateur du rapport annuel obligatoire destiné au SPF Santé publique (art. 7 de l'arrêté royal précité).

Pour la conception logistique d'un « modèle standard » de rapport de garde et de diverses applications informatiques à cet effet, il faut prêter suffisamment attention à ces deux objectifs sous l'angle de la vie privée⁴ et de la déontologie. Le délai pendant lequel le rapport de garde doit être conservé est également inhérent à l'élaboration concrète des deux objectifs.

D'une part, le rapport de garde contient des données médicales relatives à la personne concernée, qui doivent être communiquées immédiatement, après que le service de garde a pris fin, au médecin généraliste habituel (qui les intégrera au dossier médical (DMG)) et simultanément en copie au médecin généraliste de garde.

D'autre part, le rapport de garde comprend un certain nombre de données pertinentes/nécessaires dans le cadre de la rédaction du rapport annuel destiné à l'autorité : « épidémiologie, problèmes de sécurité, plaintes de patients, plaintes à propos des services ».

Le délai pendant lequel il y a lieu de conserver le rapport de garde (le cas échéant les composantes) est étroitement lié aux objectifs décrits. Les données médicales relatives à la personne concernée qui sont identifiables peuvent être détruites presque immédiatement après l'envoi au médecin généraliste habituel (et au médecin généraliste de garde) tandis que les données anonymes pertinentes pour le rapport annuel précité ne seront conservées que pour la durée nécessaire de la rédaction du rapport.

Ce délai a été fixé par le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé à 18 mois⁵.

Il va sans dire que le cercle de médecins généralistes organisateur prendra toutes les précautions nécessaires (matériel et personnel) pour la protection de toutes les données collectées et traitées dans le cadre de la mission du service de garde de population et spécifiquement aussi au niveau du fonctionnement du poste de garde de médecine générale.

1. Arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général (DMG).
2. M. DENEYER, E. DE GROOT, "Deontologische en wettelijke vereisten van het Elektronisch Medische Dossier", in Overhandigen van medische gegevens, 2010, Academia Press, pp. 5-17.
3. C. STEYLAERTS, P. DE MEY, J. VAN DER DONCKT, J. GORIS, J. BROUNS, L. PAS, W. VERHELST, J. STEENACKERS, T. PUTZEYS en P. VERDONCK, "Naar een visie over IT in huisartsenland. Visietekst van de Commissie VHPCIT in opdracht van VHP", 28 november 2004, 6.
4. Commission de la protection de la vie privée - Délibération n° 11/014 du 15 février 2011 relative à la communication de données à caractère personnel relatives à la santé dans le cadre de l'application Web « webwachtmailier » : la rédaction d'un rapport de garde.
5. Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, Section santé, Délibération 11/014 du 15 février 2011.

Droit d'entrée dans une association ou société, et à l'indemnité de sortie (28/05/2011)

MOTS-CLES :

Associations et contrats avec des non-médecins, des établissements de soins,... - Sociétés entre médecins et avec des non-médecins

REFERENCE :

a134003f

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance de la problématique relative au droit d'entrée et à l'indemnité de sortie. L'avis ci-dessous définit les principes généraux pour la décision autonome des conseils provinciaux sur la base des contrats présentés. Cet avis remplace l'avis du Conseil national du 23 août 1997 « Indemnité de départ pour un médecin-associé prenant sa retraite ».

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 28 mai 2001, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la problématique relative au droit d'entrée dans une association ou société, et à l'indemnité de sortie.

Le Conseil national estime que les principes suivants doivent s'appliquer tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'hôpital, et aussi bien aux médecins généralistes que spécialistes :

1. Les modalités précises d'entrée ou de sortie doivent être fixées par les parties dans un contrat écrit et doivent être soumises à l'approbation préalable du conseil provincial compétent.
2. Dans une association ou une société dans laquelle une répartition progressive des honoraires est établie lors de l'entrée de nouveaux membres ou dans laquelle ces derniers ont déjà payé un droit d'entrée, une indemnité de sortie ne peut être octroyée au médecin qui a déjà bénéficié de l'avantage financier issu d'une rémunération moindre ou d'un droit d'entrée d'un ou plusieurs confrères entrés après lui.
3. Le cumul d'une répartition progressive des honoraires lors de l'entrée et d'un droit d'entrée n'est pas autorisé.
4. Une indemnité de sortie ne peut pas être calculée sur la base de revenus futurs éventuels et/ou extrapolés de l'association ou de la société.

Consultation du dossier médical par un médecin légiste (28/05/2011)

MOTS-CLES :

Dossier médical – Médecine légale

REFERENCE :

a134004f

Le Conseil national est interrogé sur le droit de consultation du dossier médical d'une victime par un médecin légiste agissant comme expert judiciaire.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 28 mai 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question relative au droit de consultation du dossier médical d'une victime par un médecin légiste agissant comme expert judiciaire.

Le siège de la matière réside dans les articles 43 à 44bis du Code d'instruction criminelle. Une expertise judiciaire, qui requiert que l'expert prête serment, peut être requise par un juge, notamment le juge d'instruction. En cas de flagrant délit ou crime, le procureur du Roi peut également requérir un expert car il dispose dans ces circonstances de pouvoirs plus larges et notamment celui d'accomplir des actes d'instruction réservés au juge d'instruction (article 43 du Code d'instruction criminelle).

L'étendue de la mission de l'expert et les modalités de son exécution sont fixées par l'autorité requérante.

Si la consultation du dossier médical de la victime fait partie de la mission de l'expert, le médecin traitant doit autoriser son

accès.

En cas de doute quant à l'étendue de la mission de l'expert, le médecin traitant doit refuser l'accès au dossier dans l'attente d'une clarification, par l'autorité requérante, de la mission de l'expert sur ce point.

Si le dossier médical est saisi sur réquisitoire du juge d'instruction ou du procureur du Roi (lorsqu'il y a flagrant délit ou crime), l'autorité requérante peut, si elle le juge utile, autoriser le médecin légiste de le consulter. La situation est différente lorsque le médecin légiste intervient comme conseiller technique, et non comme expert judiciaire.

En dehors du cas de flagrant délit ou crime, le procureur du Roi ne peut pas ordonner une expertise dans le sens strict du terme mais rien ne l'empêche de prendre l'avis d'une personne spécialisée, appelée généralement « conseiller technique ». A ce titre, il fait souvent choix d'une personne qui intervient comme expert judiciaire devant les juridictions.

Sauf exceptions prévues par la loi (dont le flagrant délit ou crime), le procureur du Roi ne peut pas ordonner la saisie d'un dossier médical.

Dès lors, le conseiller technique ne peut prendre connaissance d'un dossier médical que si le patient, son représentant ou son mandataire consent à cette consultation.

Si ce consentement fait défaut ou si le patient est décédé, le procureur du Roi peut solliciter du juge d'instruction l'accomplissement d'un acte d'instruction, en l'espèce la saisie du dossier médical.

Pharmacien clinicien dans un hôpital (18/06/2011)

MOTS-CLES :
Dossier médical – Médicaments - Secret professionnel
REFERENCE :
a134005f

Suite à l'avis du Conseil national du 30 avril 2011 (Bulletin du Conseil national n°133) concernant la fonction de pharmacien clinicien dans un hôpital, un médecin souhaite savoir qui est responsable sur le plan éthique et juridique si cela tourne mal pour le patient du fait que le médecin traitant a suivi l'avis du pharmacien clinicien.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 18 juin 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre question concernant la responsabilité sur le plan éthique et juridique à la suite d'un avis du pharmacien clinicien.

Le Conseil national estime que la responsabilité finale sur le plan éthique et déontologique repose sur le médecin traitant, également après un avis du pharmacien clinicien.

Le Conseil national n'est pas compétent pour émettre un avis concernant la responsabilité juridique. Le cas échéant, le juge portera une appréciation et statuera.

Participation des médecins à des émissions de télévision et des articles parus dans la presse (28/05/2011)

MOTS-CLES :
Publicité et réclame - Télévision
REFERENCE :
a134009f

A la suite des nombreuses réactions à propos de certaines émissions de télé-réalité, de séries documentaires et d'articles parus dans la presse, le Conseil national souhaite attirer l'attention des médecins sur les dérives déontologiques possibles en rapport avec la publicité.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 16 juillet 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis l'avis suivant en matière de participation à des émissions télévisées.

A la suite des nombreuses réactions de confrères à propos de certaines émissions de télé-réalité, de séries documentaires et d'articles parus dans la presse, le Conseil national souhaite attirer l'attention des médecins sur les dérives déontologiques possibles en rapport avec la publicité.

L'information médicale de la population émanant à titre principal des médias, il est indiqué que le corps médical prête son concours à ces initiatives. S'il est souhaitable de parler à la presse en vue d'informer le public, il y a lieu d'être vigilant pour que cette information soit conforme à la réalité, objective, pertinente, vérifiable, discrète et claire. Elle ne peut en aucun cas être trompeuse ni comparative.

Il est nécessaire de rappeler que les informations admises ont trait à ce qui, dans l'activité du médecin est du domaine public

(lieu d'activité, spécialité, heures de consultations etc.). Ce qui constitue formellement une réclame dans un but de racolage n'est déontologiquement pas acceptable. Les articles 12 à 17 du Code de déontologie médicale traitant de la publicité doivent être respectés, y compris l'article 15 faisant obligation de s'opposer activement à toute publicité non conforme aux dispositions des articles 13 et 14.

Le Code prévoit également en son article 16 que le conseil provincial sera préalablement informé de toute participation aux médias. Sauf les cas d'urgence où une intervention ne peut absolument pas être différée, un tel contact a pour but de permettre au conseil provincial de prendre connaissance des éléments que le médecin se propose de communiquer et de formuler des observations dans le cadre d'un dialogue collégial. Le Conseil national attire l'attention des conseils provinciaux sur leur responsabilité à donner à cette problématique l'importance qu'elle mérite.

En outre, il faut rappeler que si des patients participent avec le médecin à ces contacts avec les médias, le médecin doit s'assurer que ces patients ont été informés de façon précise et que leur consentement a été obtenu, conformément à l'article 17 du Code.

Des écarts par rapport à ces règles survenus ces derniers temps nécessitent une mise au point. Dans cette perspective, le Conseil national croit utile de proposer aux conseils provinciaux des « guidelines » sous forme d'une charte à respecter pour tout médecin appelé à fournir son concours dans les médias :

1° Sauf nécessité urgente, l'avertissement préalable du conseil provincial est requis, de même que l'approbation du médecin-chef et du président du conseil médical si le médecin exerce au sein d'une institution de soins. Si l'initiative émane de la direction non médicale de l'institution de soins, il appartient au médecin-chef d'évaluer la portée déontologique de toute initiative et de s'y opposer s'il y a lieu (cf. les recommandations du Conseil national « Missions du médecin-chef / Aspects déontologiques et juridiques » du 14 avril 2008, BCN n°120, p.11).

2° L'information donnée doit être conforme à l'article 13 du Code. Le médecin veillera en particulier à ce que le titre d'une émission ne soit pas racoleur.

3° Il est recommandé que le sujet de toute émission, interview ou article soit traité en une seule fois et non sous forme d'une « série » pour éviter de tomber dans le travers d'une publicité racoleuse.

4° Si des patients participent à une émission, le médecin doit s'assurer personnellement que les conditions prévues à l'article 17 du Code ont été remplies et que les conséquences auxquelles ces patients peuvent être soumis au point de vue de leur image ou du respect de leur vie privée ou professionnelle ont été envisagées et discutées avec eux.

5° Le médecin doit réagir par un droit de réponse ou une forme similaire (article 15 du Code) si des articles ou des bandes - annonces font une publicité racoleuse pour l'article ou l'émission prévue.

La gestion du Dossier Médical Global (DMG) (16/07/2011)

MOTS-CLES :
Dossier médical – Médecin généraliste
REFERENCE :
a134010f

Le Conseil national s'est penché sur la question de la gestion du DMG (Dossier Médical Global) à l'occasion de quelques questions syndicales à propos des modalités Inami d'ouverture et/ou de prolongement de ce dossier. Depuis son apparition, le DMG a connu bon nombre d'évolutions influencées par l'interaction du cadre légal, des accords médico-mutualistes successifs et des modifications et/ou adaptations correspondantes dans les dispositions Inami. L'approche de la problématique du DMG est dès lors complexe. C'est pourquoi les réponses aux questions posées sont suivies d'une analyse sous l'angle de la loi et de la déontologie.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 16 juillet 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné les questions relatives à la problématique de la réglementation du Dossier Médical Global (DMG), en particulier la gestion du DMG via les modalités d'ouverture et de prolongation.

Le Conseil national estime utile de rappeler le cadre légal du DMG et d'autres **dispositions légales** pertinentes à ce sujet (cf. annexe 1) ainsi que les **accords nationaux médico-mutualistes** successifs de 1999 à 2011 inclus (cf. annexe 2).

1. Discussion des questions

1.1. « Un premier contact avec un médecin généraliste sert à faire connaissance et ne comprend pas l'ouverture d'un DMG. »

Tout contact patient/médecin généraliste dans le cadre des soins de santé attesté comme consultation ou visite à domicile doit être considéré comme un contact « soins médicaux » à part entière : l'ouverture d'un DMG (102771) se rattache donc directement à ces codes de nomenclature spécifiques de consultation ou visite à domicile.

Le patient a le libre choix du médecin et peut modifier ce choix à tout moment (sauf restrictions imposées par la loi)¹⁻².

Lors du premier contact, l'ouverture d'un dossier médical³ est une composante essentielle de la relation médecin/patient et une obligation légale et déontologique.

Etant donné ces implications tant pour le patient que pour le médecin généraliste, il est utile, dans le cadre de la gestion du dossier médical, que le statut du DMG soit discuté lors de ce premier contact. Tout patient peut demander à un médecin généraliste d'ouvrir un DMG⁴ - immédiatement et sur demande expresse - et le médecin généraliste doit demander à tout nouveau patient lors de l'ouverture d'un dossier médical s'il existe déjà chez un autre généraliste un DMG (ouvert ou prolongé) dans l'année civile.

La procédure actuelle de « prolongation administrative du DMG » le permet - par analogie - si l'organisme assureur constate au moins un contact dans l'année.

L'approche déontologique de la question posée est nuancée et dépend du contexte exact de la consultation d'un « deuxième médecin généraliste » par le patient.

Il doit en tout cas être évité que la plus-value qualitative pour le patient d'un DMG - géré par un médecin généraliste fixe - soit subordonnée à la rétribution des médecins généralistes et que celle-ci n'incite au rabattage de patients.

Si un médecin généraliste intervient comme médecin remplaçant consulté pour assurer la continuité des soins, il ne peut ouvrir un DMG.

Cette réserve est absolue durant la prestation de la garde de population les week-ends et jours fériés. Cela s'applique également à une garde en semaine organisée par les médecins généralistes. Il en découle une incompatibilité de la nomenclature du service de garde avec celle du DMG.

Y est assimilable la situation dans laquelle le médecin généraliste intervient comme remplaçant d'un confrère (absence, congé, maladie) pour la patientèle de ce dernier. Cela ne peut entraîner aucun changement dans le statut du DMG.

Il est important, dans les circonstances précitées, d'être attentif aux modalités d'accès au DMG dans l'intérêt de la continuité et de la qualité des soins. Les pratiques de groupe ou les accords de collaboration entre médecins généralistes sont un cadre spécifique : des accords internes précis sont définis pour l'ouverture ou la prolongation du DMG, et également pour l'utilisation des données médicales du DMG et l'accès à celles-ci en vue de la continuité des soins.

Lors d'une consultation/visite à domicile de tout « nouveau patient », ce (deuxième) médecin généraliste doit aborder la problématique du DMG avec la sérénité et la réserve nécessaires et se faire préciser par le patient dans quel contexte de soins ce premier contact a lieu. Parfois, les patients ne connaissent pas suffisamment la portée du DMG sur le plan financier ou ses finalités qualitatives. C'est pourquoi il est essentiel que le médecin généraliste informe correctement au sujet du DMG et que le « consentement éclairé » total du patient soit nécessaire pour la gestion du DMG.

Si le patient émet la volonté formelle et expresse de changer de médecin généraliste - pour quelque raison que ce soit - l'ouverture d'un DMG peut être envisagée dès le premier contact avec le nouveau médecin (moyennant les restrictions de nomenclature) si du moins tel est bien le cas.

Ensuite, le nouveau médecin généraliste doit, avec le consentement du patient, prendre des initiatives en vue d'un contact confraternel avec le précédent afin d'intégrer toutes les données pertinentes du DMG existant dans le nouveau DMG (cf. 1.2.), démarche sans laquelle la finalité qualitative du DMG serait ignorée.

Si toutefois ce premier contact a lieu dans une circonstance volatile (le médecin généraliste fixe est occasionnellement absent, injoignable ou en congé et le généraliste n'est pas un remplaçant) ou s'il apparaît que le patient attend simplement une « deuxième opinion » ou qu'il ne veut pas encore arrêter un choix définitif désignant un nouveau « médecin généraliste fixe », cela doit être respecté, et inciter dans ces conditions à demander un DMG ou en ouvrir un unilatéralement constitue une faute déontologique grave.

1.2. « a. Un nouveau médecin détenteur du DMG doit écrire au précédent médecin, naturellement avec l'accord du patient, pour le transfert des données du DMG. »

« b. Le médecin sollicité les envoie dans les quatre semaines. »

a. Dans le respect du libre choix du patient, il est nécessaire, lorsque le patient change de médecin généraliste, qu'il y ait transmission des « données pertinentes » du patient entre (les deux) médecins généralistes dans le cadre de la continuité des soins.

La transmission peut se faire directement entre médecins généralistes, à la demande ou avec l'accord du patient puisque celui-ci peut s'opposer⁵ à cette communication⁶.

Les dispositions relatives au DMGénéral⁷ et au DMGlobal⁸ peuvent servir de fil conducteur parce qu'elles décrivent le contenu minimal des « données médicales et socio-administratives pertinentes ».

b. La durée nécessaire à la transmission des « données pertinentes » doit être raisonnable afin de ne pas compromettre la continuité des soins.

1.3. « Les médecins généralistes qui ont suscité abusivement une inscription DMG, faisant perdre à ces patients leur avantage financier chez leur médecin généraliste, enlèvent aux patients un avantage tarifaire pour leurs soins de santé de base. »

Dans ce cadre, les modalités pratiques de la gestion du DMG doivent être vérifiées par rapport aux dispositions légales en vertu desquelles, pour le patient, le libre choix est quasi illimité, il peut le modifier à tout moment, et, par la suite, il a aussi le droit, conformément aux modalités Inami et à la nomenclature, à (l'ouverture d') un DMG à sa demande *expresse*.

Le médecin généraliste doit tenir à jour un dossier médical pour chaque patient et il peut donc s'informer auprès de tout nouveau patient (de l'existence) du DMG étant donné les implications pour tous deux (cf. 1.1.) sans devoir considérer que ce

serait « susciter un DMG ».

Le médecin généraliste est cependant entièrement tributaire de l'information correcte que le nouveau patient lui fournit concernant l'existence d'un DMG (ouvert ou prolongé) chez un autre médecin généraliste (durant une année civile). Il est aussi tributaire de la demande expresse d'un DMG par le patient. Le médecin généraliste qui donne suite à cette demande agit dès lors en conformité avec la nomenclature 102771.

L'ouverture d'un DMG chez le nouveau médecin généraliste ne peut, dans ces conditions, être considérée comme illégale ou contraire à la déontologie.

La modalité Inami qui limite par la nomenclature le DMG par patient à un seul médecin généraliste par année civile interfère avec le droit du patient au libre choix illimité du médecin généraliste et de modification de ce choix (cf.1.1.). On ne retrouve pas cette limite de « année civile » dans l'arrêté royal relatif au DMGénéral.

En revanche, cette modalité Inami limite sur le plan tarifaire le droit à une diminution du ticket modérateur d'autres médecins généralistes consultés, comme lors d'un changement de médecin généraliste voulu par le patient dans la période de cette année civile - DMG.

Un patient ne change pas toujours de médecin généraliste parce qu'il est mécontent du précédent. Il peut aussi devoir nécessairement s'adresser à un autre médecin généraliste en raison de la maladie (de longue durée), du décès de son généraliste ou d'un déménagement.

1.4. « Un médecin généraliste qui ne peut assurer des visites chez le patient (distance, disponibilité,...) peut-il ouvrir un DMG ? »

La gestion d'un DMG⁹ est (actuellement) réservée aux « médecins généralistes agréés » (NB : dans l'accord national médico-mutualiste de 1999, il était question de « médecins généralistes agréés (..) assimilés (...) aux médecins généralistes accrédités »).

C'est pourquoi tout médecin généraliste qui souhaite gérer un DMG doit satisfaire aux conditions d'obtention ou de maintien de cet agrément : « Le médecin généraliste agréé dispense ces soins tant au domicile du patient que dans son cabinet »¹⁰.

La gestion des dossiers médicaux de l'ensemble des patients, le cas échéant la gestion des DMG, constitue un élément de vérification de cet « agrément »¹¹.

1.5. « Il sera demandé aux mutualités (éventuellement via eHealth) de tenir à disposition un fichier des médecins généralistes détenteurs de DMG des patients. Cela servira tant aux médecins généralistes (ex. : lors du changement de médecin généraliste, lors de la garde...) qu'aux médecins spécialistes, lesquels pourront utiliser ces fichiers pour l'envoi des rapports aux médecins généralistes. »

L'arrêté royal relatif au DMGénéral¹² décrit une procédure d'enregistrement (assignant un rôle à l'organisme assureur, à l'Inami et au SPF Santé publique) : il est prévu que l'organisme assureur soit informé par le patient concerné du médecin généraliste qu'il a choisi pour gérer son DMGénéral/DMG. Ensuite, l'organisme assureur sert de boîte aux lettres, via l'Inami, en direction de l'autorité pour l'enregistrement à ce niveau du nombre de patients par médecin généraliste.

Mais cette partie de l'arrêté royal n'a pas reçu de modalités d'exécution.

L'accord national médico-mutualiste 1999 dispose que la demande expresse et volontaire de l'assuré (patient) figure dans le dossier médical global sur la base des modalités approuvées par la CNMM (Commission nationale médico-mutualiste).

En pratique, la nomenclature 102771 prévoit : « *La demande expresse et/ou l'accord écrit du patient, pour la gestion du dossier médical global, figure(nt) dans le dossier. Si le patient n'est pas à même d'exprimer cette demande expresse ou de donner cet accord personnellement, l'identification du membre de la famille ou du proche qui fait cette demande ou donne cet accord à la place du patient, figure dans le dossier.* »

La gestion du DMG est généralement liée au dossier médical électronique (DME) : vu l'enregistrement obligatoire du DMG dans ce DME, les médecins généralistes sont en mesure de générer un fichier de leurs patients ayant un DMG, sans aucune intervention de tiers.

Dès lors que les patients ont le libre choix tant de l'organisme assureur que du médecin généraliste et qu'ils peuvent modifier ce choix à tout moment, la tenue à jour de ce type de « fichier » - au niveau d'un seul organisme assureur - sur la base de la modalité Inami du DMG via le numéro de nomenclature 102711 (un seule fois par an, par patient et par médecin généraliste) est insuffisante et cette voie n'offre aucune garantie pour pouvoir déterminer quel est véritablement le médecin généraliste traitant dans le respect du libre choix.

En outre, les « fichiers » doivent être conformes à la législation relative à la vie privée sur le plan de la finalité, de la proportionnalité, de la composition, de l'accès et de l'utilisation.

La communication entre les médecins traitants (médecins généralistes et médecins spécialistes) ne peut être définie ni limitée par des tiers au moyen d'un « fichier » des médecins généralistes détenteurs de DMG alors que le patient aura peut-être déjà librement choisi un autre médecin généraliste traitant (détenteur ou non du DMG).

Le patient participe à la décision quant à la nature et au destinataire des données à transmettre (médecin généraliste et médecin spécialiste)¹³.

1.6. « Dans le cadre d'une participation plus large et d'une responsabilisation essentielle du patient, nous estimons opportun que les mutualités prennent une initiative par l'intermédiaire du médecin-conseil lors d'un troisième changement de médecin généraliste en une année civile. »

Le libre choix du praticien professionnel par le patient et le droit de modifier ce choix est un droit fondamental du patient¹⁴.

Dans le cadre du choix par le patient d'un autre médecin généraliste, la proposition, en vue de la « *responsabilisation essentielle* » du patient, de faire prendre « *une initiative* » par le médecin-conseil de la mutualité du patient, dans le cas d'un « troisième changement de médecin généraliste », est dès lors très discutable par rapport au droit du patient au *libre choix*.

La question est de savoir s'il entre dans les missions légales du médecin-conseil de prendre « *une initiative* » envers le patient, et si cette initiative aurait un caractère *de contrôle ou de conseil*.

La *liberté de choix* d'un praticien professionnel par le patient doit en tout cas toujours être respectée, par tout médecin également, et ce choix ne peut donc pas être influencé par le médecin-conseil.

Dans le courant de l'année 1999, les organismes assureurs pouvaient inviter leurs affiliés à choisir un médecin généraliste pour tenir leur dossier, conformément aux modalités définies par la CNMM¹⁵ en particulier pour ouvrir un DMG.

1.7. « Les mutualités informent le précédent médecin généraliste du fait que le patient ne l'a plus choisi comme médecin généraliste détenteur du DMG et communiquent le nom du nouveau médecin généraliste choisi comme détenteur du DMG. »

L'information selon laquelle un médecin généraliste est détenteur du DMG est définie au niveau de l'organisme assureur par la nomenclature 102711 et se limite à une seule ouverture ou prolongation du DMG par année civile, et ce par patient et par médecin généraliste.

La détermination du médecin généraliste traitant dépend, comme celle du gestionnaire du DMG, du *libre choix du patient*.

L'information de l'organisme assureur concernant les médecins généralistes qui gèrent des DMG est, selon les modalités Inami en vigueur, une donnée strictement administrative. Elle ne tient pas compte de la *réalité* effective du terrain, le médecin généraliste traitant pouvant avoir changé en raison du libre choix du patient durant l'« année civile DMG » en cours¹⁶.

A cet égard, la note eHealth s'exprime comme suit :

« *La procédure d'enregistrement actuelle de la détention du DMG fait cependant défaut dans ce sens qu'il n'existe pas un fichier de données suffisamment actualisé des détenteurs d'un DMG. La procédure d'ouverture d'un DMG est lancée suite à la demande du patient à son médecin généraliste de gérer son DMG. Ceci n'est cependant formalisé qu'à la suite de la facturation du DMG au moyen d'un code INAMI spécifique. Étant donné que ce code ne peut être facturé qu'une seule fois par an alors que le patient peut changer de médecin généraliste de manière illimitée, il n'est à l'heure actuelle pas possible de déterminer avec certitude quel médecin généraliste est à un moment donné détenteur du DMG d'un patient spécifique.* »

Il est dès lors délicat de confier à des tiers, notamment les organismes assureurs, la mission de déterminer qui est en définitive le médecin généraliste traitant et donc d'attribuer le DMG sur la base de données strictement administratives dès lors qu'elles ne tiennent pas suffisamment compte de cette réalité du libre choix : ce sont légalement des prérogatives réservées expressément au patient.

2. Analyse légale et déontologique concernant la gestion du DMG :

Une *indemnité par patient* étant allouée pour la gestion du DMG, un problème déontologique possible est celui du *rabattage de patients*.

Les modalités actuelles de la gestion du DMG ne tiennent pas suffisamment compte du *libre choix* du patient en raison de la limitation budgétaire Inami à un seul DMG *par patient, par médecin généraliste et par année civile*. Dans les faits, ces modalités sont en conflit avec la loi relative aux droits du patient et avec l'arrêté royal relatif au DMGénéral qui ne limitent dans le temps *ni le libre choix ni sa modification*.

C'est pourquoi il est important de veiller au respect maximal du *libre choix* et de baser sur celui-ci l'élaboration des modalités Inami concernant le DMG.

Tant pour *l'ouverture que pour la prolongation du DMG*, la règle de nomenclature (102771) en vigueur depuis l'apparition du DMG est l'« *attestation du DMG* » durant un « *contact* » (consultation ou visite à domicile en concertation directe à la demande expresse ou avec l'accord exprès du patient). Mais l'attestation de soins doit être présentée en remboursement pour que l'organisme assureur puisse en déduire le statut de médecin généraliste détenteur du DMG.

La « *prolongation administrative* » du DMG sans attestation du code de nomenclature (102711) mais découlant d'un seul « *contact* » avec le médecin généraliste détenteur du DMG est possible (arrêté royal du 18 février 2004 fixant les conditions et les règles selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités paie des honoraires aux médecins généralistes agréés pour la gestion du dossier médical global) pour autant qu'il n'y ait pas d'attestation du DMG (102711) par un autre médecin généraliste durant la même année civile.

Tant que sera maintenue la modalité *d'un seul DMG par année civile* pour un seul médecin généraliste, il subsistera une *incertitude juridique* à propos de la relation médecin-patient et du statut de médecin détenteur du DMG, indépendamment de l'ouverture ou de la prolongation du DMG¹⁷.

En proposant la « *prolongation administrative* » comme règle générale, on ne peut accorder ou refuser le statut de médecin généraliste détenteur du DMG que rétrospectivement puisque l'on dépend aussi de la possibilité qu'un DMG soit ouvert par un autre médecin généraliste qui attestera la nomenclature 102771 (de nouveau moyennant l'introduction de l'attestation pour remboursement). L'exemple suivant éclairera cette affirmation : le médecin généraliste A est le généraliste détenteur du DMG

en 2010 et traite le patient pendant toute la durée de 2011 (attendant la prolongation administrative sans attestation), mais au 31 décembre 2011, le patient choisit un autre médecin généraliste, le généraliste B (pour quelque raison que ce soit), et lui demande un DMG qu'il ouvre : c'est alors le généraliste B qui reçoit rétrospectivement pour 2011 le statut de médecin généraliste détenteur du DMG.

Cela devient encore plus complexe pour les médecins généralistes traitants si des formes de dispensation de soins (trajets de soins, module de prévention) sont limitées de cette manière dans le temps ou réservées en raison de ce lien (nomenclature) avec le DMG. La question se pose de savoir si ces aspects du règlement DMG ne sont pas contraires à *la liberté diagnostique et thérapeutique*¹⁸.

3. Conclusion

Le Conseil national soutient le principe du DMG incluant le libre choix d'un *médecin généraliste* fixe dans le cadre d'une dispensation de soins de qualité dans l'intérêt du patient.

Les *règles légales et déontologiques* en la matière méritent attention car certaines formes de dispensation des soins spécifiées par l'Inami (trajets de soins, module de prévention) sont liées exclusivement à l'existence d'un DMG.

La relation médecin-patient naît d'un *engagement volontaire* dans le cadre des *soins de santé* dans le respect de l'autonomie tant du médecin que du patient : tous deux peuvent s'engager dans cette relation ou la refuser.

Dans le cadre de cette règle de conduite, la définition correcte de cette relation prime et la spécification concernant le dossier médical qui en découle ne vient qu'ensuite :

- toute *relation médecin-patient* requiert la gestion d'un dossier médical ;
- la *relation fixe médecin généraliste-patient* constitue la base de la gestion du DMG tant pour l'ouverture que pour la prolongation sur demande expresse.

Le rapport de droit entre un médecin généraliste et un patient, important pour la gestion du DMG, est celui qui naît dans le cadre des soins de santé au sens de « *services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient ou de l'accompagner en fin de vie.* »

La loi relative aux droits du patient¹⁹ n'est d'application que dans le cadre des *soins de santé*, avec toutes les implications que cela comporte pour la relation médecin généraliste-patient et le DMG.

Un premier droit important du patient est celui à des *soins de qualité*.

La relation médecin-patient repose sur la confiance et le respect mutuels. La communication et la participation jouent un rôle important dans la recherche d'une dispensation de *soins de qualité*.

Le médecin généraliste informera le patient de l'importance du DMG en tant qu'instrument de travail pour une optimisation des soins, et ouvrira ou prolongera le DMG à sa demande expresse et volontaire. Une relation fixe patient-médecin généraliste constitue la base de la gestion du DMG. Le principe du DMG accroît la qualité des soins parce que toutes les informations concernant le patient sont réunies et intégrées dans un dossier médical par le médecin généraliste fixe. Ainsi ce dernier dispose d'une image complète de l'état de santé du patient, rendant possibles les décisions correctes en concertation avec le patient.

Récemment, la valeur du statut de médecin détenteur du DMG a été confirmée par la validation de cette relation de confiance unique comme preuve d'une *relation thérapeutique* donnant au médecin détenteur du DMG l'accès à toutes les informations concernant le patient pour une durée d'un an²².

Il en découle la nécessité d'une sécurité juridique suffisante concernant le statut de médecin détenteur du DMG.

Un deuxième droit important du patient est le *libre choix* : il est non seulement important en tant que droit à *décider pour soi-même* mais il est aussi indispensable à la construction d'une *relation de confiance* avec le médecin.

« *En principe, le patient a le droit de choisir lui-même son praticien professionnel et de changer son choix. Ce principe implique également que, par la suite, le patient peut prendre contact avec différents praticiens professionnels afin de choisir librement celui avec lequel il s'engagera dans une relation individuelle ou qu'il peut, s'il est déjà engagé dans une relation thérapeutique, prendre contact avec un autre praticien professionnel et, éventuellement, revenir sur son choix (deuxième avis). Le droit au libre choix du praticien ne peut être restreint que par une loi, par exemple sur le plan de la médecine du travail, de la médecine du contrôle, etc.* »²³.

* * *

Par cette analyse, le Conseil national souhaite contribuer, avec la prudence nécessaire, à une correction ou à une adaptation de certaines modalités Inami relatives à la gestion du DMG dans un double objectif : d'une part, augmenter la sécurité juridique dans la relation médecin généraliste-patient et, d'autre part, pour répondre à la préoccupation apparaissant dans la demande d'avis, faire en sorte que les mesures administratives proposées soient le moins possible l'occasion d'un comportement contraire à la déontologie.

Annexes

1. Arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général, M.B. 17 mai 1999, article 3, § 1er.
2. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 6.

3. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 9, § 1er.
4. Nomenclature 102711.
5. Arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général, M.B, 17 mai 1999, article 4.
6. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 9, § 3.
7. Arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général, M.B, 17 mai 1999, article 1.
8. Nomenclature 102771
9. Nomenclature 102771
10. Arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, article 10, 1^o.
11. Arrêté ministériel du 21 février 2006 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, article 10, 3^o.
12. Arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général (M.B., 17 juillet 1999), article 3, §§ 2 et 3.
13. Arrêté royal du 3 mai 1999 relatif au dossier médical général (M.B., 17 juillet 1999), article 4, §§ 1 et 2.
14. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, article 6.
15. Accord médico-mutualiste 1999
- 16-17. e-Health 19/01/2010: Note relative à la preuve électronique d'une relation thérapeutique entre un hôpital ou un médecin, d'une part, et un patient, d'autre part
https://www.ehealth.fgov.be/sites/active.webehealthprd.ehealth.fgov.be/files/assets/fr/pdf/newsletter/note_lien_th-rapeutique_19012010-final.pdf
18. Arrêté royal du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, article 35duodecies.
19. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.
20. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, articles 5, 7.
21. Accords nationaux médico-mutualistes de 1999>2011
22. e-Health 19/01/2010: Note relative à la preuve électronique d'une relation thérapeutique entre un hôpital ou un médecin, d'une part, et un patient, d'autre part
https://www.ehealth.fgov.be/sites/active.webehealthprd.ehealth.fgov.be/files/assets/fr/pdf/newsletter/note_lien_th-rapeutique_19012010-final.pdf
23. Sénat de Belgique - session du 18 juillet 2002 - Projet de loi relatif aux droits du patient, 2-1250/3.

Meeting EFMA-OMS, Bruxelles 23 et 24 juin 2011 - Rapport

Dr J. L. Desbuquoit
Pr A. Herchuelz

Le EFMA (European Forum of Medical Associations) se réunit annuellement en collaboration avec l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Les pays participant à cette rencontre font partie de la région Europe de l'OMS, un territoire qui s'étend au-delà des limites strictement géographiques de l'Europe (Israël, Arménie, Azerbaïdjan et d'autres).

Le but de cette rencontre est de permettre à l'OMS, qui en principe se concerta avec les différents pays au niveau ministériel, de discuter de la politique des soins de santé également avec les NMA (National Medical Associations).

Un pays est représenté par une seule NMA au sein du EFMA : pour la Belgique, il s'agit de l'Absym.

Contrairement à ce qu'on a pu lire récemment dans un hebdomadaire médical, l'Ordre des médecins n'est pas membre du EFMA, mais il y est invité en tant qu'observateur pouvant prendre part aux débats, sans droit de vote pour les décisions.

A cette fin, le Conseil national de l'Ordre a délégué deux de ses membres : le professeur A. Herchuelz et le docteur J.-L. Desbuquoit.

Cette année, la réunion a été organisée à Bruxelles, et ce, sous la présidence très compétente du docteur R. Lemye.

En outre, le professeur A. Herchuelz a pris part aux réunions préparatoires du « Liaison Committee » (comité exécutif du EFMA).

Les activités ont débuté par un « workshop » consacré au « bon usage des médicaments ».

Il apparaît certainement souhaitable de traiter ce thème quand on sait que chaque année en Europe, environ 145.000 personnes décèdent suite à des erreurs de médication. Ces problèmes résultent très souvent d'une communication insuffisante ou imparfaite des intervenants : par exemple, en cas d'hospitalisation, une information déficiente sur les médicaments pris à domicile ou un manque de précisions entraînant des malentendus et des fautes dans le traitement médicamenteux à suivre après avoir quitté l'hôpital.

Une information claire du patient par le médecin et, le cas échéant, entre les médecins, est essentielle au déroulement correct du traitement médicamenteux.

Dans cette information du patient, le pharmacien joue aussi un rôle important compte tenu de la complémentarité de sa compétence et de celle spécifique du médecin prescripteur. Si nécessaire, cette complémentarité peut être optimisée par un contact et une concertation du médecin et du pharmacien.

Le développement de la fonction de « pharmacien clinicien » dans les hôpitaux constitue également un pilier important dans la recherche d'une administration correcte et sans risque des médicaments.

Des sujets sensibles comme la prescription de génériques, la prescription sous DCI et la volonté dans certains milieux politiques d'octroyer un droit de substitution aux pharmaciens ont également été abordés.

Ont ensuite eu lieu des « scientific workshops » sur quatre thèmes :

- 1. Résistance antimicrobienne**
- 2. Immunisation**
- 3. Migration des médecins**
- 4. Droits du patient au-delà des frontières**

1. Résistance antimicrobienne

Ce workshop s'est tenu sous la direction du docteur G. Ganter, « senior advisor » de l'Office régional Europe de l'OMS.

Comme l'on sait, ce problème majeur résulte d'une prescription et d'un usage inconsidérés par trop fréquents des antibiotiques. Le phénomène est généralement plus marqué dans les pays du Sud. Dans certains pays, des antibiotiques peuvent même être obtenus au comptoir, c'est-à-dire sans prescription.

L'usage abusif d'antibiotiques à divers échelons du secteur alimentaire (non pour soigner les animaux mais dans un but de rendement commercial de ceux-ci) a certainement aussi contribué aux problèmes de résistance.

Enfin, des antibiotiques réellement nouveaux n'ont pas été produits au cours des dix dernières années.

Mais il y a aussi de bonnes nouvelles.

De plus en plus, des programmes de coordination nationaux sont développés en vue de combattre l'usage excessif et erroné des antibiotiques.

La Belgique semble constituer un bon exemple d'une approche dynamique : une régression annuelle de la consommation de 6,2% a été constatée.

2. Immunisation

Cette session était présidée par le docteur J. Haller, président de la NMA suisse.

A la lumière de la progression actuelle de la rougeole, en particulier en France et en Suisse, et de la pandémie grippale H1N1 encore relativement récente, l'accent a été mis sur la grande importance de mettre en place des programmes de vaccination.

La politique belge en matière de programmes d'immunisation a été commentée par le professeur M. Schetgen, professeur de médecine générale à l'ULB et collaborateur du cabinet de madame Onkelinx, ministre de la Santé publique. Le docteur JF Soupart, président du FAG (Forum des Associations de Généralistes) et membre du Conseil supérieur des cercles de médecins généralistes, a présenté un exposé concernant l'approche pratique dans notre pays de la vaccination durant la pandémie grippale H1N1.

La conclusion de cette session est la nécessité persistante d'une sensibilisation convaincante dans laquelle le médecin généraliste a un rôle crucial.

3. Migration des médecins

Le docteur R. Kerzmann, membre du Conseil national de l'Ordre et depuis peu président du CEOM (Conseil Européen des Ordres des Médecins) a donné une belle et très intéressante présentation du sujet. Il a analysé clairement l'étude du CEOM concernant la migration de médecins vers la France et a mis en évidence la création dans le cadre du CEOM de l'« Observatoire de la démographie médicale » chargé d'étudier avec précision la migration de médecins en Europe.

Avec d'autres orateurs, il a été conclu que la migration est induite surtout mais pas seulement par de meilleures conditions financières, et qu'elle s'explique également par de meilleures conditions de travail et de meilleures conditions de vie.

Le docteur O. Kloiber, secrétaire général de l'AMM (Association Médicale Mondiale) a souligné ce que l'on appelle la « migration sociale » où le médecin ne quitte pas son pays mais l'exercice de la profession : indépendamment des décès, il s'agit de l'arrêt ou de la limitation de la carrière médicale et de la bifurcation (parfois très précoce) vers des activités étrangères à l'exercice de l'art médical.

Le docteur O. Kloiber a souligné que la « fixation » de médecins migrants dans un pays riche a de lourdes répercussions dans les pays pauvres dont ils proviennent, qui de ce fait manquent d'autant plus de médecins.

Sans pour cela remettre en cause la libre circulation des personnes, des biens et des services, il est plaidé en faveur d'une répartition plus équilibrée de la migration de médecins en Europe, et les bureaux de recrutement organisant une migration de médecins et d'autres praticiens des professions de soins de santé en poursuivant des objectifs strictement commerciaux, sont formellement condamnés.

4. Droits du patient par-delà les frontières

La séance était présidée par le docteur R. Brettenhaler de la délégation autrichienne.

Naturellement, l'attention était principalement dirigée sur la très récente (9 mars 2011) directive européenne concernant le « Cross border health care ».

Cette directive arrive après de nombreuses années de discussions et d'impulsions données par la jurisprudence européenne. Son but est d'offrir aux citoyens la sécurité juridique nécessaire pour un accès aisé à des soins de santé transfrontaliers de qualité et sans risques dans tous les pays membres de l'Union européenne.



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.