

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
DECEMBRE 2011

N° 135

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Prof. G. Rorive*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

2 - Avis concernant les propositions de loi portant modification de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes

- Etiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses
 - Secret professionnel – Avis concernant le projet de modification de l'article 458*bis* du Code pénal
 - Communiqué de presse concernant la plateforme Internet www.verbeterjezorg.be
 - Publicité de médecins par le site Internet www.vlazoem.be
 - Secret professionnel – Information du VDAB concernant le handicap au travail
-

CHRONIQUE INTERNATIONALE

9 - Compte rendu de la 188ème réunion du Conseil de l'AMM - Sydney, Australie, 7-9 avril 2011

Pr A. Herchuelz

19 - Rapport du « Board meeting » du CPME (Comité permanent des médecins européens) – Bruxelles, 29 et 30 avril 2011

Dr P. Beke

Le nombre des avis émis par le Conseil national lors des réunions de septembre et d'octobre 2011 n'est pas très élevé, mais les sujets traités sont particulièrement intéressants et justifieraient chacun un éditorial entier. Leur brève présentation n'aura d'autre ambition que de susciter la curiosité et d'inciter à leur lecture.

Le premier avis répond à une demande d'avis des présidents des commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat concernant une série de propositions de loi portant modifications de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes. Cette loi prévoit « que des organes peuvent être prélevés sur le corps de toute personne inscrite au registre de la population excepté s'il est établi qu'une opposition a été exprimée à ce prélèvement ».

Cette opposition, de même que l'expression de la volonté expresse au don d'organe, peut être enregistrée auprès de l'administration communale. Une des propositions de loi prévoit d'étendre cette possibilité au médecin généraliste qui gère le dossier médical global du déclarant et ce en faisant appel à la *plate forme e health*. Le Conseil national souligne les avantages que présente cette proposition, mais insiste sur l'importance de garder une seule base de données et d'éviter que cette initiative n'amène à terme à remplacer le système du consentement implicite (*opting out*) qui a permis à la Belgique d'obtenir un nombre de donateurs parmi les plus élevés du monde, par un système de consentement explicite (*opting in*) comme dans les pays voisins.

Un autre volet de ces propositions de loi vise à incriminer de manière spécifique le commerce et le tourisme de transplantation auxquels les médias font régulièrement allusion. Le Conseil national s'associe à cette initiative, mais pose le problème de la responsabilité respective des différents acteurs de ce trafic d'organes, le donneur, les intermédiaires et le receveur.

Dans un avis du 8 mai 2010, le Conseil national concluait qu'il ne voyait pas de justification à un marquage spécifique et général des patients atteints de maladies contagieuses à l'hôpital, car il conduit à une violation du secret professionnel et à la stigmatisation du patient. A la suite de la réaction d'un conseil provincial, le Conseil national précise que c'est un étiquetage, qui dévoile la pathologie dont souffre le patient à des personnes qui ne sont pas impliquées dans les soins, qui est inacceptable. Par contre, un signe indiquant que le patient est atteint d'une affection contagieuse peut être admis.

Le troisième avis concerne l'article 6 du projet de loi modifiant la législation concernant l'approche des abus sexuels et des faits de pédophilie dans une relation d'autorité, émis à la suite de la Commission parlementaire sur ces faits. Cette proposition vise à remplacer l'article 458 bis du Code pénal de façon à élargir le droit de parole, le droit de rompre le secret du dépositaire de ce secret, ici en l'occurrence le médecin. Dans l'avis du 11 décembre 2010; signalement d'une maltraitance d'enfant - le médecin entre la loi et le Code, le Conseil national rappelait que le médecin a la possibilité d'informer le procureur du Roi d'infractions graves dont il a connaissance, commises sur des mineurs, si trois conditions sont réunies :

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

La proposition de loi vise à modifier ces critères, en étendant le premier au secret révélé par l'auteur de l'infraction ou par un tiers et indique expressément qu'il n'est plus indispensable, pour que le dépositaire du secret effectue le signalement, qu'il ait examiné ou reçu la confiance de la victime. Certes, cette modification améliore la sécurité juridique du médecin, mais, souligne le Conseil national, le recours trop systématique au droit de parole pourrait aboutir à ce que les patients auteurs, mais aussi victimes s'abstiennent de recourir à des soins médicaux. Pour le Conseil national, le droit de parole prévu dans ce projet et qui permet d'informer le procureur du Roi doit être utilisé comme un remède ultime et ne devrait pas être une obligation.

La proposition de loi prévoit par ailleurs une extension de l'article 458 bis du code pénal aux personnes vulnérables en raison de leur âge, d'un état de grossesse, de maladie, d'infirmité ou d'une déficience physique ou mentale à l'instar de ce que prévoit, depuis 2002, l'alinéa 2 de l'article 61 du Code de déontologie médicale.

Dans un quatrième avis, le Conseil national condamne fermement la plateforme www.verbeterjezorg.be donnant la possibilité de relater des expériences à propos de médecins ou d'autres dispensateurs de soin. Le Conseil national n'a pas d'objection de principe à une évaluation des médecins, par exemple à travers les conseils disciplinaires ou les services de médiation, mais désapprouve la publication d'informations invérifiables, et n'apportant aucune garantie d'exactitude et qui sont de nature à porter atteinte à la réputation du médecin et d'affecter la qualité de la relation de confiance médecin-patient.

Dans un autre avis, le Conseil national estime contraire à la déontologie la publication sur le site. Vlaazem.be une liste de médecins qualifiés pour prendre en charge des patients atteints du VIH. Il estime que la liste n'est pas nécessairement exhaustive et qu'il est difficile de suivre l'activité et l'évolution des compétences des médecins cités.

Dans un avis daté du 30 avril 2011, concernant les informations demandées par le *Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling*, le Conseil national estimait qu'en raison du consentement préalable « libératoire » du patient, associé à d'autres conditions, le médecin ne transgressait pas le secret professionnel en remplissant le formulaire et en le remettant au patient.

Un conseil provincial demande des précisions à propos du consentement « libératoire » à la lumière de l'article 64 du Code de déontologie qui décline :

La déclaration du malade relevant son médecin du secret professionnel ne suffit pas à libérer le médecin de ses obligations.

Dans un récent avis, le Conseil national précise son point de vue et insiste sur le caractère limité des questions posées et leur importance pour la remise au travail des patients handicapés. Le Conseil national travaille actuellement à un remaniement du Code qui devra tenir compte de l'évolution de la société et du droit du patient à l'autodétermination.

J'espère que ces brefs résumés vous inciteront à une lecture attentive de ces importants avis

Pr Georges RORIVE
Rédacteur en chef

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 17 SEPTEMBRE ET 29 OCTOBRE 2011

Avis concernant les propositions de loi portant modification de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes (17/09/2011)
Etiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses (17/09/2011)
Secret professionnel – Avis concernant le projet de modification de l'article 458bis du Code pénal (17/09/2011)
Communiqué de presse concernant la plateforme Internet www.verbeterjezorg.be (29/10/2011)
Publicité de médecins par le site Internet www.vlazoem.be (29/10/2011)
Secret professionnel – Information du VDAB concernant le handicap au travail (29/10/2011)

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

Avis concernant les propositions de loi portant modification de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes (17/09/2011)

MOTS-CLES :
Organes (Don d') - Transplantation
REFERENCE :
a135001f

Lettre aux Commissions réunies de la Justice et des Affaires sociales du Sénat de Belgique.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 17 septembre 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 5 juillet 2011, ainsi que les différentes propositions de loi portant modification de la loi du 13 juin 1986 sur le prélèvement et la transplantation d'organes. Il a également analysé les comptes rendus des auditions tenues à ce propos devant la commission des Affaires sociales du Sénat ainsi que l'avis n° 50 du 9 mai 2011 rendu par le Comité consultatif de Bioéthique concernant certains aspects éthiques des modifications apportées par la loi du 25 février 2007 à la loi du 13 juin 1986. Il n'a pas jugé opportun d'analyser dans le détail chacune des propositions de loi qui parfois portent sur le même sujet et il se limitera dans cet avis à émettre des commentaires et des recommandations à propos des différents aspects traités dans ces textes.

1. Utilisation de la plateforme eHealth pour l'enregistrement des dons d'organe.

La loi du 13 juin 1986 précitée prévoit en son article 10 concernant le prélèvement après le décès que
« des organes destinés à la transplantation, ainsi qu'à la préparation de substances thérapeutiques (...) peuvent être prélevés sur le corps de toute personne inscrite au registre de la population ou depuis plus de six mois au registre des étrangers, excepté s'il est établi qu'une opposition a été exprimée contre un prélèvement ».

Cette procédure de consentement implicite (opting out) a permis à la Belgique d'atteindre un nombre de donateurs parmi les plus élevés : 25 par million d'habitants par an. Néanmoins, les listes d'attente restent longues et un pourcentage non négligeable de patients décède avant d'avoir accès à une transplantation.

L'opposition ou l'expression de la volonté expresse au don d'organe peuvent être exprimées auprès de l'administration communale et enregistrées par les services du Registre national. La proposition de loi instaurant l'utilisation de la plateforme eHealth pour l'enregistrement des dons d'organes (Doc. parl., Sén., n° 5.666/1, art.2) prévoit d'étendre cette possibilité au médecin généraliste qui gère le dossier médical global de la personne concernée et ce en faisant appel à la plateforme eHealth.

Le Conseil national n'a pas d'objection de principe vis-à-vis de cette proposition qui présente plusieurs avantages. La connaissance que le médecin généraliste a de son patient lui permet de le conseiller sur l'intérêt et la signification de sa prise de position. Le médecin généraliste est plus compétent que l'employé de l'administration communale pour répondre efficacement aux questions. On peut espérer, de cette manière, augmenter le nombre de volonté expresse de don, éviter certaines oppositions justifiées par l'ignorance, des malentendus ou de l'a priori et sensibiliser la population à l'importance et au caractère altruiste du don d'organe. Néanmoins, certains points de la proposition demandent à être précisés.

a.

Les déclarations collectées par les administrations communales et par les médecins généralistes doivent figurer dans une seule base de données, par exemple celle gérée par les services du Registre national et dont l'accès doit être limité aux per-

sonnes autorisées.

b.

L'intervention du médecin généraliste se limiterait-elle à répondre aux demandes spontanées du patient ou devra-t-elle être systématique comme c'est le cas aux Pays-Bas ? Dans cette seconde éventualité, le risque est grand de voir augmenter le nombre d'opposition et de remplacer progressivement le système du consentement implicite (opting out) qui a fait la preuve de son efficacité par un système de consentement explicite (opting in) comme dans les pays voisins, ce qui pourrait entraîner une diminution du nombre de donneurs. Le Conseil national s'associe aux représentants des équipes de transplantation pour demander que le principe du consentement implicite reste le principe de base de la législation concernant les prélèvements d'organes après le décès.

c.

La procédure doit être simple pour ne pas alourdir la charge administrative des généralistes.

d.

Enfin, quoique le médecin généraliste ait de la transplantation et de la psychologie de son patient une connaissance et une expérience plus grande que celle de l'employé de l'administration communale, il paraît cependant utile qu'une formation complémentaire soit assurée.

2. Suppression de l'article 6, § 2 introduit dans la loi du 13 juin 1986 par la loi du 25 février 2007

L'article 6, § 2, du chapitre II consacré au prélèvement sur des personnes vivantes qui prévoit que :

« Chez une personne qui atteint l'âge de 18 ans, mais n'est pas en mesure de manifester sa volonté en raison de son état mental, le prélèvement est subordonné au consentement du mandataire légal... »

fait l'objet de controverses.

Cette disposition, en effet, ignore le droit à l'autonomie dont jouit toute personne et viole plusieurs conventions internationales qui disposent qu'une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée sur une personne n'ayant pas la capacité de consentir que dans son bénéfice direct (déclaration d'Oviedo sur les droits de l'Homme et la Biomédecine de 1997, article 6).

Cependant, comme l'analyse en détails l'avis n° 50 du Comité consultatif de Bioéthique, la suppression pure et simple de l'article pourrait poser des difficultés en ne permettant plus des prélèvements de tissus régénérables tels que la moelle hématopoïétique et les cellules souches circulantes. Ces prélèvements n'entraînent que des risques minimes pour le donneur vivant et dans certaines conditions, par exemple transplantation chez un frère ou une sœur, peuvent apporter des avantages par rapport à des tissus prélevés chez d'autres donneurs. Cette situation doit au préalable être soumise à l'avis d'une commission pluridisciplinaire indépendante de l'équipe de transplantation. Le patient incapable sera toujours associé à la décision dans la mesure de son discernement et de sa possibilité d'évaluation.

3. Création d'un réseau de transplantation en Belgique

Une analyse de l'activité des unités de soins intensifs réalisées par le SPF Santé publique révèle que la proportion de prélèvements d'organes par rapport au nombre total de décès varie fortement selon les hôpitaux. On peut en conclure que certains hôpitaux font plus d'efforts que d'autres pour prélever des organes en vue d'une transplantation. L'avis du Conseil national du 14 décembre 1991 (BCN n° 55, p. 28) illustre les difficultés parfois rencontrées. La proposition de loi créant un réseau de transplantation en Belgique (Doc. parl., Sén., n° 5-667/1) consiste dans la mise en place d'un réseau de transplantation afin d'aider les hôpitaux dans le dépistage des donneurs potentiels et les assister dans leur prise en charge. Elle prévoit qu'un accord de collaboration avec un ou plusieurs centres de transplantation puisse être à l'avenir un critère d'agrément des hôpitaux.

Dès à présent, suite à la directive européenne 2010/53/UE du Parlement européen et du Conseil du 7 juillet 2010 relative aux normes de qualité et de sécurité des organes humains destinés à la transplantation, le SPF Santé publique a adressé à tous les hôpitaux ayant un potentiel de donneurs un courrier leur proposant le financement de réseaux de coordination de transplantation. Le Conseil national suggère d'évaluer l'impact de cette initiative, ses avantages et ses difficultés d'application, avant de rendre contraignante la participation des hôpitaux à un réseau de transplantation, dont l'utilité paraît cependant bien établie. Il convient également d'éviter l'agressivité du système adopté en Espagne où les coordinateurs locaux de transplantation se lancent dans une véritable chasse aux donneurs, en raison du bénéfice financier qu'ils en retirent, ce qui est contraire à l'article 10 du Code de déontologie médicale ainsi qu'à l'article 4, § 1, de la loi du 13 juin 1986 précitée.

4. Propositions visant à incriminer le commerce d'organes et le tourisme de transplantation

Le commerce d'organes et le tourisme de transplantation sont punissables en Belgique en application des articles 17 à 19 de la loi du 13 juin 1986 ainsi que de l'article 433quinquies, § 1, 4°, du code pénal qui fait partie du chapitre consacré à la traite des êtres humains. La proposition de loi modifiant la loi du 13 juin 1986 relative au prélèvement et à la transplantation d'organes, en vue d'incriminer la transplantation d'organes prélevés de manière illicite (Doc. parl., Sén. n° 5-922/1) vise à permettre de sanctionner de manière plus spécifique quiconque réalise un don d'organe ou effectue une transplantation à des fins commerciales ou en tire profit.

Le Conseil national s'associe à cette initiative qui renforce la législation concernant la prévention et la sanction de ces pratiques illégales et contraires à la déontologie et à l'éthique. Fréquemment condamnées dans les médias et par la Déclaration d'Istanbul du 2 mai 2008 sur le trafic d'organes et le tourisme de transplantation, ces pratiques sont susceptibles de nuire à la notoriété de transplantation, de diminuer la motivation des donneurs volontaires et par là, d'affecter les possibilités thérapeutiques.

Cependant, le Conseil national s'interroge sur les responsabilités respectives des différents acteurs impliqués dans ces prati-

ques. La responsabilité des personnes qui assurent le racolage des donneurs et en tirent fréquemment un bénéfice financier, de même que celle des médecins qui transplantent des organes dont ils connaissent l'origine illégale ne fait aucun doute et doit être sanctionnée. Par contre, ne faut-il pas tenir compte que, très souvent, le donneur, a subi des contraintes soit a vu dans le don d'organe un moyen d'échapper à une situation socio-économique difficile ?

Quelle est la culpabilité du paysan indien qui vend un rein pour nourrir sa famille ou payer les études de ses enfants ? De même, n'y a-t-il pas des circonstances atténuantes à prendre en considération pour le receveur dont l'état de santé se détériore alors qu'il figure de longue date sur une liste d'attente de transplant ? Une législation plus répressive dont le Conseil national reconnaît l'intérêt devrait tenir compte de ces nuances.

Étiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses (17/09/2011)

MOTS-CLES :
Hôpitaux – Maladies transmissibles - Secret professionnel – Vie privée
REFERENCE :
a135004f

Un conseil provincial demande des précisions au Conseil national concernant l'avis du 8 mai 2010 « Étiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses » (BCN n°130), car il estime que l'interdiction d'étiquetage en toutes circonstances est difficilement défendable.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 17 septembre 2011, le Conseil national a réexaminé son avis du 8 mai 2010 (Bulletin du Conseil national, n° 130) concernant la problématique de l'étiquetage uniforme public en cas de maladies contagieuses dans les hôpitaux. Il décide de préciser le deuxième alinéa de cet avis comme suit :

Le Conseil national estime qu'un étiquetage **qui dévoile la pathologie du patient à des personnes qui ne sont pas impliquées dans les soins** est inacceptable : il s'agit d'une violation du secret médical, d'une atteinte à la protection de la vie privée et d'une stigmatisation du patient. Les visiteurs et les personnes ne participant pas aux soins ne peuvent avoir accès à une telle information.

Secret professionnel – Avis concernant le projet de modification de l'article 458bis du Code pénal (17/09/2011)

MOTS-CLES :
Abus sexuel - Maltraitance d'un enfant, d'un malade, d'une personne handicapée, d'une personne âgée - Pédophilie - Personnes incapables - Secret professionnel
REFERENCE :
a135005f

Lettre à plusieurs Sénateurs concernant l'article 6 du projet de loi modifiant la législation en ce qui concerne l'amélioration de l'approche des abus sexuels et des faits de pédophilie dans une relation d'autorité (texte adopté par la Chambre des Représentants le 20 juillet 2011 - document parlementaire 53 K 1639/005).

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 17 septembre 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné l'article 6 du projet de loi modifiant la législation en ce qui concerne l'amélioration de l'approche des abus sexuels et des faits de pédophilie dans une relation d'autorité (texte adopté par la Chambre des Représentants le 20 juillet 2011 - document parlementaire 53 K 1639/005).

Cet article 6 vise à remplacer l'article 458bis du Code pénal de façon à élargir le droit de parole (le droit de rompre le secret) du dépositaire du secret.

1° Actuellement, l'article 458bis du Code pénal dispose :

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

L'article 458bis, proposé par le projet de loi précité, prévoit :

Toute personne qui, par état ou par profession, est dépositaire de secrets et a de ce fait connaissance d'une infraction prévue aux articles 372 à 377, 392 à 394, 396 à 405ter, 409, 423, 425 et 426, qui a été commise sur un mineur ou sur une personne qui est vulnérable en raison de son âge, d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale peut, sans préjudice des obligations que lui impose l'article 422bis, en informer le procureur du Roi, soit lorsqu'il existe un danger grave et imminent pour l'intégrité physique ou mentale du mineur ou de la personne vulnérable visée, et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité, soit lorsqu'il y a des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables visées soient victimes des infractions prévues aux articles précités et qu'elle n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger cette intégrité."

Les différences entre l'actuel article 458bis du Code pénal et l'article en projet sont les suivantes :

- Le champ d'application de l'article 458bis est étendu aux infractions commises sur une personne majeure vulnérable, alors que le texte actuel vise exclusivement les infractions commises sur les mineurs.
- Le champ d'application de l'article 458bis du code pénal est étendu au secret révélé par l'auteur de l'infraction ou un tiers, et n'est plus limité au secret révélé au dépositaire du secret par l'examen ou les confidences de la victime.
- Enfin, le droit du dépositaire du secret d'informer le procureur du Roi est étendu à la situation où il existe des indices d'un danger sérieux et réel que d'autres mineurs ou personnes vulnérables soient victimes des infractions visées à l'article 458bis.

L'article 422bis du Code pénal, auquel se réfère l'article 458bis du même Code, dispose que sera puni d'un emprisonnement (...), celui qui s'abstient de venir en aide ou de procurer une aide à une personne exposée à un péril grave, soit qu'il ait constaté par lui-même la situation de cette personne, soit que cette situation lui soit décrite par ceux qui sollicitent son intervention. (...)

L'objet de l'article 422bis est de punir le fait de ne pas venir en aide à une personne exposée à un péril grave. Suivant le cas, cette aide peut consister à informer les autorités publiques, mais elle peut aussi être d'une tout autre nature. Cet article permet au médecin qui constate qu'une personne est soumise à un danger grave, d'en aviser le procureur du Roi avant que le danger se réalise.

L'objet du projet d'article 458bis est de donner au dépositaire du secret le droit de parole, le droit d'informer le procureur du Roi lorsqu'une infraction déterminée a eu lieu et que la victime est soumise à un danger grave ou qu'il existe des indices sérieux que d'autres personnes soient victimes du comportement délictueux.

2° En cette matière, le Code de déontologie médicale énonce à son article 61, §§ 1 et 2 :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Le Code de déontologie médicale envisage deux hypothèses : celle de la maltraitance du mineur et celle de la maltraitance d'autres personnes vulnérables.

Par ailleurs, il distingue plusieurs attitudes suivant que le médecin soupçonne la maltraitance ou constate le danger grave.

Le projet d'article 458bis maintient comme condition à la levée du secret professionnel qu'une infraction ait déjà été commise. Une information préventive de toute infraction n'est donc pas possible sur la base de l'article, actuel et en projet, 458bis du Code pénal.

L'article 61 du Code de déontologie médicale est plus large et vise également l'hypothèse où une infraction n'a pas encore été commise. L'article 61 du Code de déontologie médicale se fonde sur les articles 422bis et 458bis du Code pénal mais aussi sur la notion d'état de nécessité. L'état de nécessité est défini comme étant une situation exceptionnelle dans laquelle la violation de dispositions pénales (en l'espèce l'article 458 du Code pénal) et de valeurs et d'intérêts juridiques pénalement protégés constitue le seul moyen de préserver d'autres valeurs et intérêts juridiques supérieurs.

Le Conseil national renvoie à son avis du 11 décembre 2010 (BCN, n°132), intitulé « signalement d'une maltraitance d'enfant : le médecin entre la loi et le code », dans lequel il détaille l'application de l'article 61 du Code de déontologie médicale.

3° Le Conseil national constate qu'à l'instar du Code de déontologie médicale, le projet de loi élargit le champ d'application de l'article 458bis du Code pénal, et donc le droit de parole du dépositaire du secret, aux infractions commises sur une personne vulnérable.

Le projet de loi indique expressément qu'il n'est plus nécessaire, pour que le dépositaire du secret effectue le signalement, qu'il ait examiné ou reçu les confidences de la victime. Ce faisant, le projet de loi améliore la sécurité juridique du médecin qui apprend d'un patient ou d'un tiers, dans l'exercice de sa profession, qu'une infraction a été commise sur une personne mineure ou vulnérable et qui estime devoir en informer le

procureur du Roi.

Le Conseil national souligne qu'un droit de parole tel que prévu par le projet d'article 458bis ne doit s'exercer que dans les limites strictement prévues.

Tout comme la répression des infractions, la prise en charge médicale de certaines pathologies sexuelles est de nature à protéger la société. C'est la raison pour laquelle les mesures probatoires imposées par exemple aux délinquants sexuels comprennent généralement un suivi médical.

Le fait de rompre abusivement le secret professionnel, que les faits aient été confiés par la victime ou par l'auteur de l'infraction, est potentiellement préjudiciable à la relation de confiance qui doit exister entre un médecin et son patient et par voie de conséquence, au traitement ultérieur du patient.

Le recours systématique au droit de parole sans égard aux conditions strictes de la loi pourrait aboutir à ce que des patients, auteurs mais aussi victimes, s'abstiennent de recourir à des soins médicaux.

Le droit de parole prévu dans le projet, et qui permet d'informer le procureur du Roi, doit être utilisé comme un remède ultime. L'article 458bis du Code pénal précise que le droit de parole ne s'applique que si la personne dépositaire du secret n'est pas en mesure, seule ou avec l'aide de tiers, de protéger l'intégrité du mineur ou de la personne vulnérable. En outre, l'article 458bis fait expressément référence à l'article 422bis du Code pénal qui prévoit l'obligation d'aide à la personne exposée à un péril grave.

Il ressort clairement des documents parlementaires, notamment le rapport du 15 juillet 2011 fait au nom de la commission de la justice (Doc 53 K 1639/003), que l'objectif poursuivi par la modification de l'article 458bis n'a jamais été d'instaurer une obligation de dénonciation.

Le projet de loi suscite cependant des questions.

Premièrement, la distinction entre les notions « *danger grave et imminent* » et « *indices d'un danger sérieux et réel* », et la justification du recours à des notions différentes, suivant qu'il s'agit ou non d'une victime potentielle, n'est pas clairement expliquée dans les travaux préparatoires de la loi.

Deuxièmement, lorsqu'il agit sur la base d'une description donnée par un tiers, le médecin n'a souvent que peu de moyens pour évaluer le danger et faire cesser la situation grave. On peut dès lors craindre que le médecin, par l'élargissement de son droit à la parole, soit plus enclin à faire un signalement et que le projet de loi aboutisse en pratique moins à un droit de parole élargi qu'à une obligation de signalement.

Troisièmement, le Conseil national estime que le qualificatif « *réel* » de la notion « *indices d'un danger sérieux et réel* » est très important. La justice envoie pour traitement des auteurs d'agression sexuelle justement parce qu'ils sont potentiellement dangereux pour autrui. Les médecins reçoivent également des patients qui consultent spontanément et qui présentent des indices de dangerosité potentielle. Comme dit précédemment, la loi ne pourrait avoir pour conséquence de dissuader les patients d'entreprendre un traitement.

Enfin, à défaut de clarté relativement à l'équilibre poursuivi entre le secret professionnel et les dispositions des articles 422bis et 458bis du Code pénal, la portée du projet de loi demeure incertaine aux médecins. Le médecin informé du danger doit se livrer à une difficile appréciation des circonstances de l'espèce avant de prendre une décision dont il pourrait ultérieurement devoir répondre devant un juge.

Communiqué de presse concernant la plateforme Internet www.verbeterjezorg.be (29/10/2011)

MOTS-CLES :
Internet - Publicité et réclame

REFERENCE :
a135009f

Divers journalistes demandent l'avis du Conseil national concernant la plateforme Internet www.verbeterjezorg.be donnant la possibilité d'y relater des expériences à propos de médecins et d'autres dispensateurs de soins. Il est aussi possible d'émettre une appréciation, aussi bien positive que négative, concernant des médecins et d'autres dispensateurs de soins.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 29 octobre 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a pris connaissance de l'existence de la plateforme Internet www.verbeterjezorg.be, créée par le bureau d'innovation « i12 social innovation », donnant la possibilité d'y relater des expériences à propos de médecins et d'autres dispensateurs de soins. Il est aussi possible d'émettre une appréciation, aussi bien positive que négative, concernant des médecins et d'autres dispensateurs de soins.

Pour les raisons qui suivent, le Conseil national de l'Ordre des médecins désapprouve fermement la plateforme Internet www.verbeterjezorg.be.

Invérifiables et, dès lors, non susceptibles d'appréciation, les informations figurant sur le site peuvent nuire gravement, non seulement au médecin mentionné, mais aussi à ses patients et à la nécessaire relation de confiance médecin-patient.

Contrairement à la conviction apparente de l'auteur de cette initiative, il n'est pas certain que les données soient apportées par

un patient du médecin concerné : il peut en effet s'agir d'un tiers avec ou sans lien avec le patient. Même si elles viennent d'un patient, elles ne présentent aucune garantie d'exactitude et de bonne foi, sans parler de la loyauté des finalités poursuivies. Dans certains cas, cette démarche peut avoir un but concurrentiel, ce qui n'assure aucune objectivité. Procédant d'un sentiment subjectif, elle peut s'identifier, le cas échéant, à la calomnie ou à la diffamation.

L'information diffusée peut être de nature à présenter, à tort, un médecin sous un jour défavorable, entraînant une atteinte injustifiée à sa réputation et à tout le moins une incidence déplorable sur la relation de confiance entre ce médecin et ses autres patients, qui pourraient ainsi renoncer à un contact médical salutaire. Dans cette situation, les conséquences seront dommageables non seulement pour le médecin concerné, mais aussi et surtout pour ces patients.

Par ailleurs, le Conseil national estime qu'un médecin qui se fait enregistrer sur ce site Internet ne se conforme pas à ses obligations déontologiques (articles 12 à 17 du chapitre III, concernant la publicité, du Code de déontologie médicale).

Le Conseil national n'a pas d'objection de principe à une appréciation des médecins, ce que confirme la pratique des procédures disciplinaires engagées contre les médecins n'agissant pas correctement.

Par ailleurs, le Conseil national renvoie à l'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui offre à ce dernier la possibilité d'introduire une plainte auprès de la fonction de médiation compétente. Outre la médiation concernant la plainte, la fonction de médiation a notamment pour mission de promouvoir la communication entre le patient et le praticien professionnel, ainsi que la formulation de recommandations permettant d'éviter que des manquements se reproduisent.

Publicité de médecins par le site Internet www.vlazoem.be (29/10/2011)

MOTS-CLES :
Internet - Publicité et réclame
REFERENCE :
a135012f

Un conseil provincial demande l'avis du Conseil national concernant la publicité de médecins par le site Internet www.vlazoem.be

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 29 octobre 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question d'une firme concernant la publicité de médecins par le site Internet www.vlazoem.be.

Le Conseil national estime que le fait de ne pas reprendre tous les médecins sur ce site fait obstacle au libre choix du médecin. En outre, il n'est pas possible pour des sources privées de suivre de près les changements dans l'activité professionnelle d'un médecin, ce qui peut rendre les données consultables peu utilisables et même trompeuses pour la population.

Secret professionnel – Information du VDAB concernant le handicap au travail (29/10/2011)

MOTS-CLES
Secret professionnel – Consentement éclairé - Personne handicapée
REFERENCE :
a1350013f

Un conseil provincial demande des informations concernant l'avis du Conseil national du 30 avril 2011 relatif au secret professionnel - Information à la VDAB concernant le handicap à l'emploi.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 29 octobre 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 19 mai 2011.

La notion de « consentement libératoire » en tant que facteur d'exclusion d'une infraction, en l'occurrence la violation du secret professionnel, a déjà été utilisée à plusieurs reprises par différents auteurs et instances faisant autorité^{1,2,3}.

L'interprétation du « consentement libératoire » au regard de l'article 64 du Code de déontologie médicale se décline en deux parties. D'une part, les conditions liées au « consentement libératoire » consolident l'article 64 du Code, plus précisément qu'une déclaration du patient n'est en soi pas suffisante pour libérer le médecin de son obligation de secret professionnel. D'autre part, le Conseil national travaille à un remaniement du Code qui tiendra compte de l'évolution sociale concernant la concrétisation du droit du patient à l'autodétermination à propos de sa vie privée informationnelle.

Les questions sommaires posées en vue de contrôler les documents déjà fournis par le patient aux services compétents du VDAB (Office flamand de l'emploi et de la formation) soulignent le rôle central et d'accompagnement du médecin traitant plutôt que de lui attribuer un rôle d'expert.

1. C.E., 27 novembre 1992, n° 41.211, R.A.C.E.1992.

2. Déclaration d'Amsterdam. Déclaration sur la promotion des droits du patient en Europe, 28-29 mars 1994, OMS, Bureau régional de l'Europe.

3. Van der Straete I, Put J. Beroepsgeheim en hulpverlening (2005), Brugge, Die Keure, p. 190.

Compte rendu de la 188^{ème} réunion du Conseil de l'AMM - Sydney, Australie, 7-9 avril 2011

Pr A. Herchuelz

Réunion du Conseil

La 188^{ème} session du Conseil de l'AMM (Sydney, Australie, 7-9 avril 2011) a été ouverte par le Secrétaire Général, le Dr. Otmar Kloiber. Il a accueilli les nouveaux membres du Conseil et excusé les membres médecins japonais absents fortement impliqués dans les conséquences du tremblement de terre aux Japon.

Le premier point a été l'élection du Président, du Vice-Président et du Trésorier du Conseil. Le Dr. Mukesch Haikerwal (Australie) a été élu Président, remplaçant ainsi le Dr. Edward Hill (USA) qui a présidé le Conseil durant les 4 dernières années. Le Dr. Masami Ishii (Japon) a été réélu Vice-Président et le Dr. Frank Ulrich Montgomery (Allemagne) élu Trésorier.

Le Dr. Wonchat Subhachaturas, Président de l'AMM (mandat de 1 an), a fait un rapport sur ses activités et ses visites depuis octobre dernier. Il a fait référence à différentes catastrophes naturelles s'étant produites récemment (Nouvelle Zélande et Japon) et le travail que les professionnels de la médecine ont réalisé afin d'apporter secours aux victimes. Il a demandé aux membres d'observer une minute de silence en l'honneur des victimes de ces catastrophes naturelles. Il a aussi parlé des agressions de médecins en zones de conflit et insisté sur le fait que les professionnels de la santé doivent être protégés à tout moment, bien que la profession ne doive prendre ni parti ni part à ces conflits.

L'AMM a ensuite invité Mme Nicola Roxon, Ministre Fédérale australienne de la Santé et du vieillissement, à ouvrir la séance. Dans son intervention, elle a parlé des défis en matière de santé se présentant au monde et des réformes actuelles entreprises par l'Australie - déplacement du centre de gravité vers les soins médicaux primaires, problèmes financiers et de responsabilité, et modernisation des services de santé grâce aux nouvelles technologies. Elle a ensuite annoncé une nouvelle politique de contrôle du tabac avec une proposition de législation pour les emballages de cigarettes ordinaires. Ceci constitue la dernière étape dans la bataille pour diminuer le nombre de décès causés par la cigarette en Australie, et qui représente actuellement un total de 15.000 morts par an. Elle a dit que ce développement était une première mondiale et que les paquets ordinaires proposés ont été conçus afin d'avoir un aspect répulsif pour les fumeurs. Elle a fait appel aux membres de l'AMM pour qu'ils incitent leur gouvernement à entreprendre la même démarche.

Le Dr. Kloiber a alors présenté le rapport du secrétariat des activités de l'AMM depuis la dernière réunion.

Résistance antimicrobienne

Parlant de la Journée Mondiale de la Santé, qui avait pour thème la résistance antimicrobienne, le Dr Kloiber a dit que la politique de l'AMM en la matière était très en avance sur son temps et que tout ce qui avait été prévu dans la Déclaration de l'AMM d'il y a 15 ans s'était réalisé. Le monde fait actuellement face à une catastrophe, caractérisée par des résistances aux antibiotiques à grande échelle, tuant de nombreuses personnes à travers le monde. Il a annoncé qu'avec le « Center for the Study of International Medical Policy and Practices » de l'Université George Mason, aux USA, et la « International Society for Microbial Resistance », un cours en ligne sur la résistance aux médicaments antimicrobiens a été mis en place et pouvait être consulté sur le site internet de l'Université George Mason.

Maladies non transmissibles

Faisant partie du Plan Global d'Action sur les maladies non transmissibles de l'OMS, l'AMM, en collaboration avec le membre de l'Alliance Mondiale des Professions de Soins de Santé (AMPS), a développé une campagne de prévention des maladies non transmissibles en visant les facteurs de risques habituels et les déterminants sociaux de la santé. Dans la perspective du Sommet des Nations Unies sur les maladies non transmissibles de septembre 2011, l'AMPS commencera par une campagne de plaidoyer et de sensibilisation des professionnels de la santé, des patients et des gouvernements.

Projet concernant la tuberculose multi-résistante

Dans le cadre du partenariat Lilly MDR-TB (Multi-Drug Resistant Tuberculosis), l'AMM a imprimé une version de remise des connaissances à niveau sur la tuberculose pour les médecins et l'a transposée sous forme de cours interactif en ligne accessible gratuitement sur sa page Web. Le cours a été mis au point par le Centre des États-Unis de contrôle des maladies (CDC) comme outil pédagogique clé et a reçu une récompense. Pour compléter les outils en ligne, deux cas de patients virtuels atteints de tuberculose et de résistance au traitement ont été élaborés avec INMEDIA. L'AMM est aussi devenue membre du partenariat « Stop Tuberculosis » du groupe de travail des droits de l'homme.

Alcool

Conformément à la Déclaration de l'AMM sur la réduction de l'impact global de l'alcool sur la santé et la société, le secrétariat a suivi le processus d'élaboration de la Stratégie mondiale de l'OMS en la matière.

Médicaments contrefaits

L'AMM et les membres de l'AMPS ont intensifié leur activité sur les questions de contrefaçon des médicaments et a développé une campagne anti-contrefaçon avec un prix Pfizer Inc et Eli Lilly. La base de la campagne était la boîte à outils "Soyez Vigilants" pour les professionnels de la santé et les patients afin d'augmenter la vigilance en la matière et fournir conseils pratiques et mesures à prendre en cas de suspicion de produit médicamenteux contrefaits. Deux ateliers sur ce sujet ont été organisés au Costa Rica et au Nigeria.

Santé et Environnement

En matière de changement climatique, des activités de lobbying ont été menées après le Sommet de Cancun en 2010, invitant les associations médicales à écrire à leurs gouvernements pour demander que la santé soit portée à l'avant-plan du débat sur le réchauffement de la planète. Une action commune a également été mise à l'étude pour protéger la santé humaine et l'environnement global de l'exposition au mercure (utilisé en abondance par les orpailleurs).

Les Déterminants Sociaux de la Santé

Suivant la décision prise lors de la dernière réunion de l'AMM à Vancouver en 2010, un Groupe de Travail a été mis sur pied afin de rédiger un avant-projet de politique à l'initiative de la British Medical Association (BMA). Le groupe a également suivi de près la préparation de la Conférence Mondiale sur les Déterminants Sociaux de la Santé organisée par l'OMS à Rio de Janeiro du 19 au 21 octobre 2011.

Les systèmes de Santé

Une conférence internationale pour examiner l'effet de la crise économique globale a eu lieu à Riga, Lettonie en septembre 2010. Intitulée « Crise Financière-Implications pour les soins de santé - Leçons pour l'avenir », la conférence a révélé, la fragilité stupéfiante de certains systèmes de soins de santé vis-à-vis de la situation économique, illustré le fait que c'était les membres de la société les plus faibles qui souffraient le plus lorsqu'une crise de la sorte frappait le système des soins de santé, et que des systèmes de soins de santé, protégés de manière appropriée, soutenaient effectivement l'économie globale.

L'AMM a contribué à l'action de l'OMS afin d'aider les gouvernements à surveiller et faire rapport sur l'effectif de la santé et a été représentée au « World Economic Forum's Industry Partnership Strategic Meeting for Health » à New York en septembre 2010.

Avant la réunion de l'OCDE Health Ministerial en Octobre, le « OECD Forum on Quality of Care » a eu lieu et l'AMM a été invitée à présenter la perspective du médecin sur cette question.

Campagne pour un Environnement Positif en matière de Pratique Clinique (PPE)

L'AMM a poursuivi son implication dans la campagne « Positive Practice Environment Campaign », campagne globale de cinq ans menée par les membres de l'AMPS en collaboration avec la Fédération Internationale des Hôpitaux, afin d'assurer des lieux de soins de santé de haute qualité. Les partenaires de la PPE et le secrétariat ont travaillé avec des organismes nationaux de professionnels de la santé et des organisations d'hôpitaux en Ouganda, au Maroc et en Zambie pour concevoir des projets nationaux et pour améliorer leur environnement de travail. La campagne a organisé un atelier lors du 2^{ème} Forum Mondial sur les Ressources Humaines pour la Santé à Bangkok en janvier 2011 avec des participants de plus de 25 pays.

Migration & fidélisation des professionnels de la Santé

L'AMM a pris part à l'élaboration des lignes directrices de l'OMS sur des stratégies de fidélisation des professionnels de la santé dans les zones rurales, visant à attirer et retenir les professionnels de la santé dans ces zones. En Janvier 2011, la Global Health Workforce Alliance a organisé le « 2^{ème} forum mondial sur les ressources Humaines de la Santé » en Thaïlande, où l'AMM a aidé à organiser un atelier très réussi de renforcement des capacités de résilience individuelle pour la pérennité du personnel des soins de santé.

Violence sur le lieu de travail dans le secteur de la Santé

L'AMM a pris part au processus d'organisation de la « Conférence sur la violence au travail dans le secteur de la santé », qui a eu lieu du 27 au 29 octobre 2010 à Amsterdam. Mme Leah Wapner, Secrétaire générale de l'association médicale d'Israël a présenté un papier sur cette problématique.

Education & Recherche

La « Fédération mondiale pour l'éducation médicale » a entamé un processus de discussion sur le rôle futur du médecin en commençant par un panel d'experts comportant des membres des académies, l'OMS, l'AMM et des organisations

médicales internationales et régionales.

La Sécurité du Patient

L'AMM a participé au comité de lecture de l'OMS visant à développer un « Curriculum Guide » multi-professionnel pour la sécurité des patients, l'OMS ayant défini la sécurité des patients comme priorité mondiale majeure dans les soins de santé. Afin de prodiguer des soins sûrs, les cliniciens ont demandé une formation dans le domaine de la sécurité du patient, comprenant une compréhension de la nature de l'erreur médicale et les méthodes permettant de les réduire afin d'améliorer la sécurité du patient au niveau de leurs propres organisations.

Caring Physicians of the World Initiative Leadership Course

Des invitations seront envoyées aux Associations Médicales Nationales (AMNs) membres pour le quatrième cours de leadership qui devrait avoir lieu à Singapour du 20 au 25 Novembre 2011. Le programme comprendra une formation à la prise de décisions, à l'élaboration de politiques de négociation et de formation de coalitions, de relations interculturelles et de relations aux médias. Les cours ont été rendus possibles grâce à une subvention de Pfizer, Inc. Ce travail a été soutenu par le Centre de Coopération de l'AMM - du « Center for Global Health and Medical Diplomacy de l'Université de la Floride Nord ».

Livre Audio

L'AMM a lancé un livre-audio sur les essais cliniques durant son assemblée générale de l'AMM à Séoul en 2008, en collaboration avec l'Association Médicale Sud Africaine, la SADAG (South African Depression & Anxiety Group), le Centre de Bioéthique Steve Biko de Johannesburg et l'éditeur « Livres de l'espoir ». Le livre audio sur les essais cliniques en anglais, hindi et telugua été lancé en 2009 pendant l'assemblée générale en Inde. Le projet a été rendu possible grâce à une bourse pédagogique illimitée offerte par Pfizer Inc. En mars 2010, les Livres de l'Espoir ont présenté un livre-audio sur les dangers de fumer, visant une population peu lettrée. Chaque livre devrait toucher 27 personnes, les 5000 premiers livres ayant comme but potentiel d'atteindre 50 à 100 000 personnes.

Droits de l'Homme

Un séminaire a eu lieu les 1-2 novembre 2010 en Turquie qui avait pour but l'implémentation du droit à la santé et au renforcement de l'indépendance de la profession médicale dans les pays du Moyen Orient. Le séminaire était organisé par l'Association Médicale Norvégienne, la Fondation des Droits de l'Homme de Turquie, l'Association Médicale Turque, l'AMM et la Fédération Internationale des Organisations de la Santé et des Droits de l'Homme. Les participants comportaient des membres d'organisations de la santé d'Egypte, d'Iraq, d'Israël, et de Palestine ainsi que les organisateurs de l'événement. Les questions soulevées pendant l'événement concernaient l'accès aux soins de santé pour les sans-papiers, les habitants des territoires occupés, le manque de ressource et la migration du personnel de santé en raison de la violence.

L'AMM a aussi écrit aux autorités iraniennes à propos du cas du Dr Arash Alaei et du Dr. Kamiar Alaei qui ont été condamnés à 6 et 3 ans de prison, respectivement, pour « avoir coopéré avec un ennemi du gouvernement ».

En février 2011, l'AMM a envoyé des lettres aux ministres de la Santé et de l'Intérieur de Bahrein exprimant sa vive inquiétude concernant leurs attaques envers les professionnels de la santé, attaques qui étaient en violation avec les normes internationales applicables en la matière.

Les femmes, les enfants et la Santé

L'AMM a été invitée à prendre part à une initiative de l'OMS pour développer des « directives pour les soins de santé à un partenaire victime de violence sexuelle ». Le but général de cette initiative est d'élaborer une politique cadre afin d'améliorer les réponses du secteur de la santé à la violence sexuelle en assistant les décideurs dans le domaine des soins santé.

Ethique Médicale

Lors de l'Assemblée Générale de 2008, la Déclaration d'Helsinki (DoH) a été révisée et il y eut un long débat concernant l'utilisation du placebo dans la recherche médicale. Lorsqu'une intervention prouvée (traitement efficace) existe, la DoH permet l'utilisation de groupes contrôles recevant un placebo dans des circonstances très limitées. Cette proposition a suscité des réactions négatives de la FDA. Afin d'analyser davantage l'usage du placebo dans le domaine de la recherche médicale, un groupe de travail de l'AMM a été mis en place. Les mêmes questions éthiques peuvent être soulevées pour n'importe quel groupe contrôle qui recevrait un traitement moins efficace que « la meilleure intervention actuelle prouvée ». La question primordiale de la controverse concernant le placebo est : *dans quelle mesure et dans quelles circonstances est-il éthique d'accepter un groupe contrôle recevant une intervention (traitement) moins efficace que le meilleur traitement actuel attesté dans un essai clinique ?* Le problème est d'autant plus compliqué que dans de nombreux cas le « meilleur traitement prouvé » n'est pas connu de manière certaine. Par ailleurs, se pose aussi la question de savoir si les circonstances économiques existant dans les différentes parties du monde devaient être prises en compte dans la déclara-

tion. En d'autres termes, *l'utilisation de placebos, ou d'interventions moins efficaces que le meilleur traitement attesté doit-elle être perçue différemment dans le cas de contextes économiques différents ?* et *Quelles sont les exigences quant à l'accès à un traitement après la fin de l'étude clinique* Le groupe de travail discutera de ces questions lors d'une prochaine conférence à Sao Paulo, Brésil, en juillet 2011.

Développement d'une politique médicale et de la santé.

Le « Center for the Study of International Medical Policies and Practices », de l'Université George Mason, un des centres collaborant avec l'AMM a invité cette dernière à prendre part à la création d'une plate-forme scientifique pour un échange international en matière de développement d'une politique médicale et de santé et, à la publication du premier numéro d'un journal scientifique, le "World Medical & Health Policy" (Berkeley Electronic Press) accessible sur internet (<http://www.psocommons.org/wmhp>).

Alliance des Professions de la santé dans le monde : World Health Professions Alliance (WHPA)

Après dix ans de collaboration fructueuse, les quatre professions principales de la santé (les médecins, les infirmières, les pharmaciens et les dentistes) ont montré que travailler ensemble plutôt qu'en parallèle, était profitable au patient et au système de santé. Actuellement la WHPA recherche les meilleurs modèles de pratiques de coopération inter-professionnelle au niveau national ou local. Un groupe de travail devrait définir le meilleur modèle de pratique collaborative et trouver des exemples à travers le monde.

Les organisations médicales dans les pays arabes

L'AMM continue de tendre la main aux associations médicales des pays arabes et a été satisfaite d'obtenir la participation de l'Égypte, de l'Iraq et de la Palestine à sa conférence « Droit à la santé comme pont vers la paix au Moyen-Orient ». Le Dr Ramin Parsa-Parsi (Allemagne) a fait un rapport sur les discussions qui avaient eu lieu à Bahrein, discussions actuellement en suspens depuis les troubles ayant eu lieu dans ce pays.

Catastrophes naturelles

Le Conseil a ensuite écouté deux rapports oraux sur les catastrophes naturelles survenues récemment au Japon et en Nouvelle-Zélande. Mr Hisashi Tsuruoka, membre du personnel de l'Association Médicale Japonaise a fait rapport sur le tremblement de terre, le tsunami et la catastrophe nucléaire au Japon. Il a dit qu'il était très difficile d'obtenir une information précise sur la catastrophe et sur les victimes, car 240.000 personnes évacuées résideraient dans 2.600 abris et ce dans une zone étendue. Personne ne sait combien de personnes sont portées disparues. Le nombre de décès est estimé à plus de 30.000. Il a parlé du travail des équipes médicales d'urgences (de catastrophes) et de l'aide apportée par l'Association Médicale Japonaise et par des équipes de nombreux autres pays.

L'accident survenu au niveau de la centrale nucléaire de Fukushima aggrave encore la situation et les efforts pour contenir et résoudre le problème devront se poursuivre durant de nombreux mois et années à venir. Mr. Tsuruoka a dit, cependant, qu'il pensait que le Japon se remettrait de la catastrophe bien plus rapidement que ce qu'on estimait actuellement. Le Dr. Peter Foley (Nouvelle Zélande) a fait un rapport sur le tremblement de terre qui avait balayé le centre de Christchurch en Nouvelle Zélande et a remercié les collègues internationaux pour leur aide.

Comité d'Éthique Médicale

Le Dr. Torunn Jabu (Norvège) a été réélu Président du comité.

Éthique et dons d'organes

Le Dr. Vivienne Nathanson (GB) Présidente du Groupe de travail a fait un rapport oral sur le travail en cours. Elle a dit que le groupe avait pris en compte une première ébauche de principes possibles et décidé que la BMA passerait en revue la politique pour voir si elle était à jour et adaptée. Elle espérait présenter à la prochaine réunion un ensemble de principes éthiques concernant le don d'organes et un document de fond qui en expliquerait les principes. D'autres questions à aborder sont la commercialisation et la vente d'organes, le paiement des donneurs, le transport international des organes et l'envoi illégal de patients à l'étranger pour traitement.

Les soins de fin de vie

Après un long débat, le comité a pris en compte et amendé la **Proposition de Déclaration sur les soins de fin de vie**. Le Dr. William Silvester (Australie), un spécialiste des soins intensifs et directeur national du Programme du Respect des Choix des Patients en Australie, a introduit le débat, en parlant de l'importance d'une planification préalable des soins. Il a dit qu'il ne s'agissait pas d'euthanasie mais de donner aux patients leur mot à dire sur leurs soins. Le comité a décidé d'inclure, dans l'introduction du document, la phrase « les soins palliatifs en fin de vie font partie des bonnes pratiques

médicales ». Concernant la douleur et la gestion des symptômes, il a été décidé d'insérer les mots suivants : « le but premier est de garantir la dignité des patients et de leur épargner un maximum de symptômes pénibles ». D'autres amendements ont été décidés suite à un débat approfondi sur le développement de plan de soins pour des patients approchant la fin de vie et la manière dont ces patients devaient être initiés et gérés.

Le comité a approuvé la Déclaration amendée pour examen par le Conseil, qui a ensuite décidé de la transmettre à l'Assemblée Générale pour adoption.

Ethique en matière de Sédation Palliative

Une Proposition de Déclaration sur l'Ethique dans la Sédation Palliative a été soumise par l'Association Médicale Espagnole (Conseil Général des Collèges Médicaux d'Espagne) explorant la limite entre la sédation palliative et l'euthanasie active. Suite à un court débat, il a été décidé de transmettre le document aux AMNs pour commentaires.

Les aspects éthiques du placebo dans les essais cliniques

Le Dr. Ramin Parsa-Parsi (Allemagne), Président du Groupe de Travail sur le Placebo dans la Recherche Médicale a fait un rapport du Groupe de Travail et a dit que la conférence d'expert prévue (13-15 juillet) serait maintenue mais transférée de Tokyo au Japon vers Sao Paulo au Brésil en raison du récent tsunami et de ses conséquences. La conférence débatta de la formulation générale du paragraphe 32 de la DoH, de l'utilisation du placebo dans des pays pauvres en ressources, des positions des organisations internationales et d'une « approche raisonnable en la matière ».

La Déclaration de Tokyo

Une proposition a été soumise afin de réviser la **Déclaration de Tokyo concernant les règles pour les médecins à propos de la torture**, dans le but d'inclure le développement d'un mécanisme de surveillance et de rapports afin de vérifier l'adhésion des états aux règles. Des membres ont suggéré que les AMN (Associations médicales nationales) offrent leur soutien aux médecins en situations difficiles, et les aident à signaler les violations du droit à la santé du patient et des règles éthiques professionnelles des médecins en milieu carcéral.

Le comité a approuvé le document, le Conseil a ensuite décidé de l'envoyer à l'Assemblée Générale pour adoption.

Les enfants

Une proposition de Déclaration sur les principes éthiques pour la Recherche Médicale sur les Enfants rédigée par le Dr. James Appleyard (GB) a été prise en compte et après un court débat il a été décidé de classer le document.

Média sociaux

Une proposition de Déclaration sur un Usage Professionnel et Ethique des Média Sociaux (Facebook, Twitter etc...) préparée par le Dr. Marianne Maman, membre associée, a été examinée.

Le Dr. Kloiber a dit que l'AMM n'avait actuellement aucune politique en la matière. Les médecins utilisent parfois les réseaux sociaux pour communiquer avec leurs patients. Bien que tout le monde soit en faveur de l'utilisation de la technologie pour améliorer les soins de santé et la communication, les réseaux sociaux posent un certain nombre de problèmes. Par exemple l'information échangée peut être utilisée à des fins commerciales, de sorte que les médecins devaient être particulièrement vigilants. De nombreuses AMNs utilisent actuellement ces réseaux sociaux pour communiquer avec leurs membres. L'AMM devrait donc examiner ces questions de plus près. Elle se propose d'utiliser l'expertise du nouveau réseau de jeunes médecins (junior doctors) pour se pencher sur la question. Le Dr Michael Bonning, un jeune médecin d'Australie a dit que si, en tant que médecins, ils voulaient pouvoir atteindre leurs patients et travailler plus efficacement avec eux, ils devaient utiliser les réseaux sociaux. Il a dit que le réseau des « jeunes médecins » serait ravi d'aider l'AMM à élaborer des mesures en cette matière. Le Dr Peteris Apinis (Lettonie) a dit que dans son pays, les sociétés pharmaceutiques utilisaient ces réseaux sociaux pour contacter les médecins à propos de leurs produits.

Il a été décidé de transmettre la proposition de déclaration et de mettre sur pied un groupe de travail comportant des membres du comité et le réseau de jeunes médecins afin d'ébaucher une nouvelle politique. Le Conseil a ensuite approuvé cette recommandation.

Bio banques

Une Proposition de Résolution sur les Responsabilités Ethiques des Médecins concernant les Bio-banques a été brièvement évoquée et il a été décidé de reporter la question jusqu'à la révision de la politique de l'AMM sur les banques de données de la santé.

Usage inapproprié des médicaments pour les exécutions capitales

Une Résolution d'urgence exprimant une profonde inquiétude à propos du mauvais usage des médicaments dans le cadre des exécutions capitales a été soumise par Dr. Ulrich Montgomery (Allemagne). Divers pays ont en effet été contacté à des fins d'exportation de thiopental vers les USA pour l'exécution des peines capitales. Le Dr. Peter Carmel (USA) a dit que l'Association Médicale Américaine avait une politique claire visant à éviter aux médecins de prendre part aux exécutions capitales. Après débat il a été décidé d'établir un Groupe de Travail afin d'étudier la question de savoir si l'AMM devrait développer une politique s'opposant à la peine capitale.

Comité de Finance et de Planification

Après que le comité ait approuvé les minutes de la dernière réunion, l'élection d'un Président a eu lieu pour combler le poste laissé vacant par le Dr Haikerwal élu Président du Conseil. Deux candidats ont été proposés : les Drs Leonid Eidelman (Israël) et Robert Ouellet (Canada). Après scrutin, le Dr Eidelman a été élu. Ce dernier n'ayant pas pu être présent en raison d'un mouvement de grève des médecins en Israël, la réunion a donc été présidée par le Dr. Haikerwal.

Cotisations

Un rapport sur le paiement des cotisations de 2011 a été déposé et approuvé. Le Dr. Kloiber a proposé une nouvelle base pour les cotisations afin de générer une situation de rentrées stable et d'avoir des moyens concrets pour déterminer si un membre constituant était en règle. Le comité a accepté la proposition et l'a recommandée au Conseil, qui l'a ensuite transmise à l'Assemblée Générale pour approbation et adoption.

Déclaration financière

M. A. Hällmeyer, le Conseiller Financier, a fait une présentation détaillée sur le pré-audit de la situation financière de 2010, déclarant que la tendance positive des dernières années persistait.

L'audit de la situation financière a été recommandé pour approbation du Conseil, qui l'a adoptée.

Plan Stratégique

Le comité a reçu un rapport oral du Dr Ouillet, qui a mené un groupe de travail sur le format d'un plan stratégique pour 2011-2015. Il a insisté sur l'importance pour les membres de répondre à l'enquête qui leur a été envoyée et a aussi fait référence à des enquêtes envoyées à des organismes extérieurs.

Les réunions de l'AMM

Le comité a passé en revue les réunions futures et les dates – Prague, République Tchèque pour la réunion du Conseil en Avril 2012 et Bangkok, Thaïlande pour l'Assemblée Générale en octobre 2012. Il a été décidé que le thème de la session scientifique pour l'Assemblée Générale à Bangkok devrait être « Mégapole – MégaSanté ». Ceci a ensuite été approuvé par le Conseil.

Réseau de Médecine de Catastrophes et Santé Publique

Un projet de nouvelle **Déclaration sur la Préparation aux Catastrophes et aux Interventions Médicales** a été prise en considération. Durant le débat qui a suivi il a été admis que le rôle de l'AMM n'était pas de fournir ou de coordonner l'aide pratique en cas de catastrophes, ce qui était un travail difficile accompli par des organisations de secours spécialisées, mais plutôt de fournir une politique de soutien et des opportunités pour l'échange d'informations et d'apprentissage pour les associations médicales nationales et de s'engager dans un plaidoyer pour la préparation aux catastrophes à échelle nationale. Le Dr. Ardis Hoven (USA) a dit que l'AMM devrait s'appuyer sur les plates-formes déjà en place de par le monde et peut-être utiliser son site internet afin de coordonner les ressources existantes au niveau mondial. Le Dr. Nathanson (UK) a suggéré que l'AMM mette en ligne un document permettant aux médecins d'appréhender les compétences et qualifications requises pour travailler dans les zones de catastrophe. Souvent les médecins se demandent si leurs compétences pourraient être utiles. Il a été décidé que le mandat du Groupe de Travail soit étendu afin de prendre en considération ces questions et que la Déclaration soit transmise aux AMNs pour commentaires.

Ecologisation des réunions de l'AMM

Le Dr. Mads Koch Hansen (Danemark), dirigeant un Groupe de Travail sur l'écologisation des réunions de l'AMM a donné un rapport oral à propos de la nécessité pour l'AMM de réduire son empreinte carbone afin de faire des économies sur le plan des finances et des ressources humaines. Il a proposé de réduire la consommation de papier par l'utilisation du site internet de l'AMM pour obtenir les documents, d'utiliser davantage les autobus et des taxis partagés pour rejoindre les sites des réunions, et enfin d'écologiser le bâtiment de l'AMM afin d'économiser l'énergie. Son rapport a été soutenu par de nombreux orateurs et le Dr. Nathanson (UK) a dit que l'Association Médicale Britannique avait économisé une somme à six chiffres en diminuant les photocopies.

Le Dr Kloiber a dit que le moment était venu de supprimer l'utilisation du papier. Il a été décidé de demander au Conseil de prendre des mesures en la matière.

Demande d'adhésion

Une demande d'adhésion à l'AMM a été reçue de l'Association Médicale de Trinidad de Tobago. La demande a été accueillie de façon favorable et il a été décidé de la recommander au Conseil, qui a décidé de la transmettre à l'Assemblée Générale pour adoption.

Gouvernance

Le Comité a examiné une nouvelle consolidation des statuts, y compris des questions telles que les droits de vote pour le Président, le Président élu et Président sortant et de la cessation des fonctions d'un Président.

Réseau de jeunes médecins

Le Dr. Kloiber a rapporté qu'un premier projet a été rédigé en termes de référence pour la mise en place d'un réseau de jeunes médecins comme Membre Associé. Il a ensuite dit qu'un travail supplémentaire en termes de référence était requis, mais il était satisfait du progrès qui avait été accompli. Le Dr. Bonning a dit qu'il n'y avait aucun processus formel permettant aux jeunes médecins d'interagir globalement. Lui et ses collègues pensent que l'AMM était le meilleur vecteur pour réaliser la chose.

World Medical Journal (WMJ)

L'éditeur du journal, le Dr. Apinis a présenté son rapport et a dit qu'il avait trois propositions permettant de promouvoir et de faire connaître le WMJ aux membres des AMN, d'être plus actif dans l'écriture d'articles sur les activités des AMN et d'encourager les membres du Conseil à s'impliquer dans la rédaction d'articles.

Le Comité des Affaires Socio-Médicales

Le Comité a approuvé les minutes de la dernière réunion, et a ensuite élu sans opposition le Dr Michael Marmot (UK) comme nouveau Président.

Santé et Environnement

Le Comité a tenu compte d'un rapport oral du Dr. Ouellet (Canada), Président du Groupe de Travail sur la santé et l'environnement qui a consulté le Dr Larry Frank, un expert canadien dans le domaine de « l'environnement construit ». Le groupe a décidé que pour le moment l'AMM n'était pas en mesure de rédiger une politique en ce domaine spécifique par manque d'expertise. Le groupe a décidé d'envoyer le document au Groupe de Travail sur les déterminants sociaux pour examen et intégration dans un contexte social plus large. Le document serait alors circulé (transmis) et posté sur le site internet. Il a ensuite été décidé que le groupe avait accompli son travail et devait être dissous.

Déclaration d'Edinburgh

Une proposition de révision de la Déclaration sur les Conditions Carcérales et la transmission de la tuberculose et d'autres maladies transmissibles a été envisagée.

Le Dr. Janbu (Norvège) a demandé si la phrase « les médecins travaillant dans les prisons ont le devoir de suivre les directives nationales de santé publique, particulièrement la déclaration obligatoire de maladies infectieuses et transmissibles », pouvait poser problème là où les directives nationales n'étaient pas en accord avec la politique de l'AMM. Le Dr. Nathanson a dit que le Groupe de Travail avait estimé que toutes les AMN qui estimaient que leurs directives nationales étaient inacceptables feraient pression sur leur gouvernement afin de changer ces directives. Le Comité a convenu que le document devait être révisé et envoyé au Conseil pour transmission et adoption par l'Assemblée Générale.

Les Maladies Chroniques

Le comité a examiné un projet de Déclaration sur la Charge Mondiale des Maladies Chroniques. Ce projet est à l'agenda de l'OMS, et son assemblée générale débatera de la question plus tard dans l'année. Le Dr Cecil Wilson (USA), Président du Groupe de Travail, a déclaré que le document devait être approuvé rapidement. Le document avait été distribué et incluait des solutions sur le renforcement de la prévention, les soins primaires, les soins médicaux et les infrastructures de santé, avec des recommandations pour les gouvernements, les associations médicales nationales, les écoles de médecine et les médecins individuels.

Il a été décidé d'envoyer le document au Conseil qui le transmettrait ensuite à l'Assemblée Générale pour adoption.

Violence dans le secteur de la santé

Un **projet de Déclaration sur la Violence dans le Secteur de la Santé** a été soumis par le Dr. Yoram Blachar (Israël) qui signalait que la violence envers les médecins devenait un vrai problème. Cette violence résulte en partie de sous-effectifs médicaux et d'attentes irréalistes de la part des patients, le phénomène étant amplifié par les médias et la télévision. Il a dit qu'il était vital d'adopter une politique de tolérance zéro couplée à une législation appropriée.

Le Dr. Nathanson a dit que la violence dans le secteur de la santé était un problème dans toutes les régions du monde et elle a proposé d'étendre le document, notamment aux pays les moins développés.

Le Dr Janbu a remis en question une proposition du document selon laquelle les médecins devraient avoir le droit de refuser de soigner des patients précédemment violents, sauf en situation d'urgence. Elle considère cette déclaration très délicate. Le Dr. Nathanson a dit que le Royaume-Uni n'avait aucune politique en la matière mais qu'il était important que des dispositions alternatives soient disponibles avant que les médecins se permettent de refuser de soigner un patient violent. Il a été décidé d'envoyer le document au Conseil.

Les Déterminants sociaux de la Santé

Un débat a eu lieu à propos de la **Proposition de Déclaration sur les Déterminants Sociaux**, décrite comme les conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent et les influences sociétales sur ces conditions. Le Dr Marmot, Président du Groupe de Travail sur la question, a dit que La Conférence Mondiale sur les Déterminants Sociaux organisée par l'OMS, aurait lieu en octobre à Rio de Janeiro, Brésil. Il fait partie du comité organisateur et l'AMM participera à la conférence.

Il a été décidé d'envoyer le document au Conseil, qui a ensuite décidé de le transmettre à l'Assemblée Générale pour adoption.

Les Conflits Armés

L'Association Médicale Norvégienne a présenté une **Proposition de Déclaration sur la Protection et l'Intégrité du Personnel Médical dans les Conflits Armés**. Le Dr. Janbu a dit que le document présenté soulignait le manque de déclaration systématique des incidents violents impliquant des médecins. En l'absence de cette information, il est difficile d'élaborer une stratégie préventive. Elle a dit être surprise qu'aucun organisme international n'avait cette responsabilité. Il a été décidé de faire circuler le document pour discussion.

Les Produits dérivés du Tabac

L'Association Médicale Américaine (AMA) a amené à la réunion une proposition de révision de la Déclaration de l'AMM sur les risques pour la santé des produits du tabac et ses dérivés. Le Dr. Ardis Hoven (USA) a signalé que l'industrie du tabac commercialisait de nouvelles formes de produits dérivés du tabac avec des bâtons, des menthes et d'autres choses nocives pour rendre leurs produits plus attrayants et acceptables. Du tabac sans fumée est aussi commercialisé et ciblé vis-à-vis les jeunes. Des cigarettes électroniques sont disponibles dans des commerces de proximité et sur internet. L'AMA a dû aborder le problème de ces nouvelles formes de tabac par la révision de sa politique. Il devrait y avoir une déclaration plus forte recommandant l'interdiction de la production, de la distribution et de la vente de produits dérivés du tabac qui ressemblent à des bonbons. Elle a dit qu'une politique séparée serait ébauchée par l'AMA sur les cigarettes électroniques suivant un examen approfondi de leur statut. Le Dr Nathanson a proposé de modifier l'emballage ordinaire suivant la proposition faite par le Gouvernement Australien (voir exposé de Mme Roxon). Le Dr Apinis (Lettonie) a présenté une autre proposition de révision de la déclaration et de catégoriser le fait de fumer en présence d'enfants et de femmes enceintes comme violence envers les enfants, sachant que fumer diminue de manière significative l'espérance de vie et détériore la qualité de vie de ces derniers.

Le Dr Rosanna Capoligua (Australie) a dit que dans son état natal de West Australia il était interdit de fumer dans les voitures en présence d'enfants, et que la police contrôlait cela. Cependant, plusieurs orateurs se sont avérés préoccupés par l'utilisation du terme « violence envers les enfants » dans le document, et l'Association Médicale Letonne a été invitée à revenir avec une autre proposition. Il a été décidé d'envoyer les documents au Conseil, qui a ensuite décidé de le transmettre à l'Assemblée Générale pour adoption.

Soulagement de la douleur

Dr. Nathanson a présenté une **Proposition de Résolution sur l'Accès à un Traitement Adéquat de la Douleur**. Elle a dit que de par le monde beaucoup de patients souffrant se voyaient refuser l'accès à des anti-douleurs adéquats en raison de politiques gouvernementales et du manque de disponibilité de ces anti-douleurs. Elle a demandé que le document ébauché par l'Association Médicale Britannique et par d'autres soit envoyé pour consultation. Ceci a été accordé.

Côte d'Ivoire

Une résolution d'urgence sur la situation en Côte d'Ivoire a été présentée par le Dr Kloiber à la demande de l'Association Médicale de Côte d'Ivoire. Il a signalé que suite à la guerre civile dans le pays, l'Union Européenne avait décidé de mettre en œuvre des sanctions qui affectaient l'importation des médicaments ayant pour conséquence une pénurie. La résolution exhorte l'UE à prendre des mesures immédiates afin d'assurer la livraison de fournitures médicales en Côte d'Ivoire et ce afin de protéger la vie et la santé de la population. Le Comité a décidé de transmettre la Résolution au Conseil pour approbation.

Résumé de la réunion du Conseil

Le conseil a tenu compte du rapport du Comité d'Ethique Médical.

Média Sociaux

Il a été décidé que la proposition de Déclaration sur l'Utilisation Professionnelle et Ethique de Média Sociaux soit confiée à un Groupe de Travail composé de membres du réseau des « Jeunes Médecins » et de deux représentants du Comité d'Ethique Médicale.

Peine Capitale

Le Conseil a décidé de mettre le Groupe de Travail en place afin d'examiner la question de savoir si l'AMM devait développer une déclaration de politique s'opposant à l'utilisation de la peine capitale. Les Dr Haikerwal, Dana Hanson, Yoram Blachar, Cecil Wilson, Otmar Kloiber se joindront au Groupe de travail avec des représentants du Danemark, du Royaume-Uni et de l'Uruguay.

Le Dr Wilson (USA) a fait référence au débat antérieur du comité d'Ethique Médicale qui indiquait que le gouvernement américain cherchait à obtenir du thiopental. Après enquête préliminaire sa conclusion était que la question du thiopental utilisé avait été mis en lumière parce que l'agent du département « Lutte anti-drogue » du Gouvernement Américain avait saisi les stocks de thiopental des états du Tennessee et du Kentucky parce qu'ils étaient suspects d'y avoir été obtenus illégalement.

Le conseil a approuvé le rapport du Comité d'Ethique Médicale.

Le Conseil a tenu compte du rapport du Comité Finance et Planification.

Médecine des catastrophes et Santé Publique

Le Conseil a convenu de prolonger le mandat du Groupe de travail.

Conférence sur les soins primaires

Le Dr Rosanna Capolingua a parlé de l'organisation d'une conférence sur les soins primaires pour mettre en valeur le médecin de soins primaires et souligner le fait que le médecin généraliste est le leader de l'équipe de soins de santé, ceci étant rentable et efficace pour le patient. Le Dr Hanson a déclaré que le terme «soins primaires» devrait être plus large que seulement la pratique familiale. Le Conseil a noté ses commentaires.

Conférence Russe

Le Conseil a discuté d'une proposition de la Société Médicale Russe d'organiser une conférence de l'AMM à Moscou en 2012 sur la relation entre les médecins et l'industrie pharmaceutique. Plusieurs orateurs ont demandé qui paierait pour la conférence, tandis que d'autres ont exprimé des réserves sur le sujet et ont suggéré leurs propres idées.

Le Conseil a décidé que le Secrétariat devrait encore discuter la proposition avec la Société Médicale Russe et qu'il ferait rapport à l'Assemblée générale en octobre prochain.

Prix de l'Association Médicale de Géorgie

Le Conseil a discuté d'une proposition de l'Association Médicale Géorgienne de parrainer un prix annuel pour les médecins remarquables au niveau international avec l'aide de l'AMM. Plusieurs intervenants exprimant leurs doutes quant à la proposition, le Conseil a décidé de ne pas poursuivre la proposition. Le Conseil a approuvé le rapport du Comité des finances.

Le Conseil a examiné le rapport du comité des Affaires Socio-Médicales.

La Déclaration d'Edinburgh

Le Conseil a convenu d'amender la proposition de révision de la Déclaration sur les conditions carcérales et la propagation de la tuberculose et des autres maladies transmissibles comme suit «les médecins travaillant dans les prisons ont l'obligation de suivre des directives nationales de santé publique quand elles sont appropriées d'un point de vue éthique". Il a été convenu de transmettre le document à l'Assemblée générale avec la recommandation qu'elle soit adoptée.

La Violence dans le secteur de la Santé

Un autre débat a eu lieu sur la proposition du document selon lequel les médecins devraient avoir le droit de refuser de traiter des patients ayant été violents, sauf dans les situations d'urgence. Plusieurs orateurs se sont demandé si c'était la bonne approche et le Conseil a finalement décidé de renvoyer le dossier au comité pour examen ultérieur.

Global Health Data Charter

Le Dr Haikerwald a signalé que de nombreux groupes ont été impliqués dans le domaine de la santé avec très peu de connaissances sur le sujet, et qu'ils considéraient la question comme coûteuse. Le Forum Economique Mondial a demandé à l'AMM de participer à l'élaboration d'une Charte Mondiale sur les Données de la Santé et de cosigner la Charte. Mais il y avait une série de préoccupations au sujet de la Charte qui n'était pas dans la même ligne que les mesures de l'AMM et n'était pas basée sur une approche des problèmes centrée sur le patient. Après avoir entendu ses commentaires, le Conseil a décidé de ne pas signer la charte, mais de poursuivre le dialogue avec le Forum Economique Mondial et de plaider pour une amélioration de la Charte, et de faire rapport au Conseil si des changements survenaient.

Les produits dérivés du tabac

Le Dr Apinis (Lettonie) a réitéré sa proposition au comité de qualifier le tabagisme en présence d'enfants et de femmes enceintes comme "violence". Le Dr Ardis Hoven (USA) a dit qu'elle était préoccupée par l'utilisation du mot «violence». L'objectif ne devrait pas être de punir mais d'éduquer la population. Il faut changer l'environnement par l'information aux parents et par d'autres moyens et cette opportunité serait mieux servie en évitant d'utiliser un terme tel que « violence ». Après discussion, le Conseil a décidé d'amender la proposition de révision de la Déclaration sur les « Health Hazard of Tobacco and Tobacco-Derived Products » d'ajouter que l'AMM devrait plaider pour l'adoption et l'application des lois pour « protéger les enfants du tabagisme passif ».

Côte d'Ivoire

Le Conseil a voté d'approuver la motion d'urgence réaffirmant la politique de l'AMM sur les embargos économiques et sur la santé.

Plaidoyer 2011/12

Le Dr Hanson a rapporté le plaidoyer 2011/2012 avec ces 5 titres - Ressources humaines pour la santé, santé et environnement, santé individuelle, droits humains, et sécurité du patient. Le Conseil a approuvé le rapport du Comité des Affaires Socio-Médicales.

Assemblée de la Santé Mondiale 2011

M^{elle} Clarisse Delorme et le Dr Julie Seyer ont fait un rapport sur la prochaine Assemblée de la Santé Mondiale et ont évoqué différents sujets, tels que le changement climatique, la protection du personnel médical dans des conflits armés, les médicaments contrefaits et les maladies non-transmissibles.

Rapport du « board meeting » du CPME (comité permanent des médecins européens) – Bruxelles, 29 et 30 avril 2011

Dr P. Beke

Un mandataire de la Commission européenne, Monsieur Timmers, a ouvert ce board meeting par un discours sur le thème « eHealth » dans l'Union européenne, à propos plus précisément de la stratégie individuelle des Etats membres par rapport aux attentes européennes en matière de « eHealth ».

Monsieur Timmers a abordé les innovations en matière de dispensation des soins comme la télémédecine, déjà utilisée en cardiologie dans divers pays. Il a également mis en évidence l'inopérabilité et les difficultés en matière de « cross-border eHealth » et de prescription transfrontalière.

Il a ensuite souligné l'importance de la carte d'identité électronique (EID) surtout au niveau de la simplification de l'accès international aux organismes publics pour les médecins migrants, mais tout autant pour les citoyens migrants. Il a attiré l'attention sur un certain nombre d'initiatives possibles en Europe comme un programme-cadre pour la recherche et un agenda digital électronique.

Monsieur Timmers a tenu un plaidoyer pour la promotion et l'organisation de la collaboration internationale dans le cadre d'un plan d'innovation européen. Il a aussi déploré la persistance de problèmes en assez grand nombre au sujet de la EID et de la carte professionnelle EID pour les médecins, deux conditions de base du programme européen eHealth.

L'agenda commence traditionnellement par le **rapport du président**.

Celui-ci remercie ses collaborateurs et attire l'attention sur les nombreuses réunions électroniques par Internet ayant permis de sensibles économies. La directive sur la qualité et la révision de la directive sur le temps de travail ont fait l'objet d'un travail intensif. Monsieur Timmers déplore l'absence de réaction de la France, de l'Espagne et de l'Italie en vue d'un rapprochement avec le CPME, en dépit des divers contacts en ce sens. Mais la porte reste ouverte ...

Les **statuts** ont été adaptés et approuvés. Ils prévoient à présent une durée de mandat de trois ans au lieu de deux pour le président et le vice-président. Le mandat de l'actuel board est prolongé d'un an afin d'assurer la continuité de la gestion courante.

La Norvège a soulevé une difficulté relative à la **reconnaissance des diplômes** dans les divers Etats membres. Chaque pays a un système propre de reconnaissance des diplômes, ce qui suscite parfois des problèmes lors d'une reconnaissance automatique. La constitution d'un groupe de travail a été proposée. Un problème important est celui de savoir quelle est l'autorité en mesure de fournir le nombre exact de médecins. En Norvège, des médecins sont inscrits en partie en Suède et en partie en Norvège, selon la saison de l'année. Quel est alors le nombre exact pour un Etat membre ? La proposition de constitution d'un groupe de travail n'est pas acceptée.

Concernant les thèmes suivants :

« Mental Health ». Il a été suggéré par ce groupe de travail de rédiger un texte sur des problèmes que rencontrent de jeunes médecins comme la dépression, l'assuétude, le burn-out, etc. « Doctors for doctors » a été inscrit à l'agenda de ce groupe de travail. Il a été rappelé que l'EAPH (European Association for Physician Health) s'est réunie sur ce thème en décembre 2010 à Barcelonne. Le président du CPME a parlé de cette initiative en termes très élogieux.

« eHealth ». On se référera à l'orateur de la matinée, monsieur Timmers. La carte EID et la carte ID professionnelle, du type HPRO (European Health Professional Card), devraient pouvoir être adoptées en vue de promouvoir la sécurité du patient. La commission européenne demeure apparemment partisane d'une carte d'identité professionnelle. Le problème est qu'une carte d'identité électronique (EID) en soi n'est pas si évidente puisqu'elle n'a cours pour l'instant que dans quelques Etats membres. Il est donc nécessaire de d'abord instaurer la carte EID personnelle au niveau européen et ensuite la carte d'identité professionnelle.

« Healthy ageing ». Le message est de vieillir en restant actif et en bonne santé. Les ambitions sont l'indépendance, l'autonomie, la confiance dans le « self management » et un moindre isolement de la population vieillissante.

« Health inequalities ». Le CPME soutient l'appel « Solidarity in Health » en vue de lever les inégalités dans certains domaines. Des objectifs importants sont l'eau potable et de meilleurs soins pour les enfants et les mères. L'accent est mis sur le fait que les associations médicales nationales devraient prêter davantage attention à la ratification de traités internationaux proclamant le droit à une bonne santé et à des soins de qualité, surtout pour les moins nantis.

« Pharmaceuticals ». Le CPME a approuvé la « Pharmaceutical European Directive for Clinical Trial » et un texte concernant la « Corporate Responsibility » prônant l'interdiction de produits biosimilaires. Ceux-ci ne sont ni des médicaments génériques ni des médicaments de substitution. L'élaboration des positions du CPME concernant la prescription « Off

Label » et les « Orphan drugs » doit être poursuivie.

« **Climate changes** ». Le CPME a rappelé la nécessité de poursuivre l'action en matière de promotion de l'énergie verte au bénéfice de la sécurité et de la santé, comme mis en relief lors du sommet de Copenhague sur le climat, et de préparer le prochain sommet sur le climat qui se tiendra à Durban, Afrique du Sud.

« **Task shifting of young doctors** ». Le CPME plaide pour une formation adéquate des jeunes médecins. En outre, le patient doit toujours recevoir les soins du professionnel des soins de santé le mieux qualifié. Le « task shifting », la délégation à des professionnels des soins de santé non-médecins de tâches normalement prestées par un médecin n'est envisageable qu'en cas de pénurie de médecins et à la condition d'une supervision par un médecin.



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.