

BULLETIN DU CONSEIL NATIONAL

ORDRE DES MÉDECINS

BULLETIN TRIMESTRIEL
Juin 2012

N° 137

TABLE DES MATIÈRES

EDITORIAL

1 *Dr. P. Beke*

AVIS DU CONSEIL NATIONAL

- 2 - Plaintes concernant des traitements inadéquats par homéopathie
- Etablissement d'un médecin ayant accompli un stage
- Infirmier atteint de VIH et HCV - Secret professionnel
- Etablissement d'un médecin après la fin de la convention avec l'hôpital
- Clause de non-concurrence territoriale prévue dans une convention d'association entre médecins
- Sociétés professionnelles de médecins – Administrateurs
- Titre de 'médecin du sport'
- Question de la vente de prestations médicales par le biais de l'internet, notamment via le site www.groupon.be
- Médecins requis en vue de procéder à un prélèvement sanguin
- Consultation du dossier médical par un médecin légiste
- Disparition d'une personne, considérée comme inquiétante
- Le médecin et les tests en vente directe en général et en particulier dans le domaine de la génétique

CHRONIQUE INTERNATIONALE

9 -Rapport du Congrès « European Association for Physician Health (EAPH)», 26-27 septembre 2011, Salzburg
Dr P. Beke, S. De Maesschalk

- Comité des médecins européens 2011 – Rapport du Conseil (Board) et de l'Assemblée générale - 26 novembre 2011 – Varsovie
Dr P. Beke

Au cours de ce premier trimestre 2012, le Conseil national a rendu une série d'avis concernant des sujets variés. Il n'est pas facile de les commenter en évitant le risque de la banale énumération. Cet éditorial se limitera dès lors à présenter ceux qui paraissent les plus intéressants.

Afin de répondre à la demande du Centre d'expertise (KCE), le Conseil national a interrogé les Conseils provinciaux sur le nombre de plaintes traitées ces dernières années concernant des traitements considérés comme inadéquats en raison d'un recours aux médecines non conventionnelles et quelles sanctions avaient été administrées. Sans qu'on soit certain de l'exhaustivité des données, le rapport relève une vingtaine de condamnations disciplinaires dont un tiers concerne l'homéopathie utilisée dans des affections graves.

Un médecin interroge le Conseil national sur les règles déontologiques à suivre lors de la découverte, chez un patient infirmier travaillant en milieu hospitalier, d'une sérologie positive pour le HIV et l'hépatite C (HCV). Cette problématique est influencée par le développement de traitements efficaces permettant de réduire la charge virale et donc le risque de contagion pour le HIV et d'une possibilité de guérison pour l'HCV. Le Conseil national renvoie à son avis du 21 mars 2009 intitulé « secret professionnel et Sida - Information du partenaire ». Les lignes de force en sont que, premièrement, tout patient bénéficie du droit au secret professionnel médical et que la séropositivité pour le VIH ou ici l'HCV ne constitue pas un critère d'exception et, deuxièmement, que le Médecin a un devoir d'information concernant les mesures thérapeutiques et de préventions à prendre pour éviter la contamination des patients traités. Il a également une mission d'encadrement et de suivi. Ce n'est que dans la circonstance, qu'on espère exceptionnelle, où le patient refuse de prendre les précautions nécessaires que le médecin, faisant appel à l'état de nécessité et après avoir pris avis de confrères compétents dans ce domaine, pourra informer le médecin du travail de l'institution où l'infirmier exerce.

Le Conseil national a reçu plusieurs demandes d'avis concernant ce qu'il est convenu d'appeler « la clause de non concurrence territoriale » applicable en fin de stage de formation ou en fin de contrat dans une institution hospitalière ou dans une association de médecins. Une telle clause figure par exemple dans les contrats de formation des candidats en médecine générale. De la discussion très animée, il s'est avéré que le problème ne se pose de la même manière dans les grands centres urbains ou en province. Le Conseil national rappelle le principe déontologique figurant dans l'article 14 § 2 du Code de déontologie médicale : le détournement et la tentative de détournement de clientèle sont interdits. L'application pratique et la détermination d'un éventuel périmètre entre le lieu de stage ou de l'ancienne activité et le nouveau cabinet doit être définie par les Conseils provinciaux en tenant compte de la situation géographique particulière et de la discipline exercée.

Un autre avis du 3 mars confirme et précise la possibilité, pour une personne physique, d'être gérant/administrateur sans avoir la qualité d'associé d'une société de médecins, mais uniquement pour exercer des actes de gestion n'ayant pas d'incidence sur l'activité médicale des associés.

Un long avis définit les conditions dans lesquelles un médecin peut se prévaloir du titre de « médecin du sport ». Cette activité ne fait actuellement l'objet d'une reconnaissance, ni par le SPF Santé publique, ni par l'INAMI. Le titre sera réservé aux médecins détenteurs d'un diplôme octroyé à la suite d'une formation spécifique organisée par plusieurs centres universitaires ou qui peuvent apporter la preuve de compétences particulières reconnues. Ces règles ne sont que l'application du principe général concernant l'attribution des titres.

A la suite d'une démarche entreprise par le SPF (Santé Publique) auprès de divers hôpitaux, le Conseil national a jugé utile de se prononcer à nouveau sur les informations éventuelles à transmettre à la police en cas de disparition inquiétante. Le débat confronte d'une part l'intérêt des familles à rassurer, la poursuite des recherches devenues inutiles par la police et, d'autre part, le droit du patient au secret professionnel médical. Certains patients souhaitent tenir leur hospitalisation secrète y compris vis-à-vis de leur entourage familial. Le Conseil national est d'avis que ce droit du patient au secret doit être respecté, mais pour éviter la poursuite inutile des recherches, le médecin peut se concerter avec le Procureur du Roi, en faisant éventuellement appel à l'intervention du Président du Conseil provincial où il est inscrit.

Enfin, le Conseil national s'inquiète de la multiplication des tests génétiques de toutes sortes qui sont disponibles directement via Internet. A défaut d'un accompagnement adapté, la réalisation et les résultats de ces tests peuvent conduire à de graves problèmes juridiques, sociaux, médicaux, sociaux et économiques et existentiels. Si des médecins sont impliqués dans la prescription et la réalisation de ces tests, ils doivent au préalable informer les patients sur la signification et la valeur du test envisagé, sur les conséquences éventuelles des résultats obtenus, en particulier lorsque le test est envisagé en dehors de tout intérêt diagnostique ou thérapeutique, ainsi que de la possibilité de faire appel aux centres de génétique disposant de l'expérience et de l'encadrement nécessaires.

Dans le même ordre d'idées, le Conseil national émet de profondes réserves vis-à-vis de la vente, à prix dits bradés, de prestations médicales par le biais de l'Internet via le site *www.Groupon.be* en l'absence de contact préalable entre le patient et le praticien.

*Prof. Georges RORIVE,
Rédacteur en chef*

REUNIONS DU CONSEIL NATIONAL DES 21 JANVIER, 4 ET 18 FEVRIER, 3 ET 24 MARS 2012

- Plaintes concernant des traitements inadéquats par homéopathie (21/01/2012)
- Etablissement d'un médecin ayant accompli un stage (04/02/2012)
- Infirmier atteint de VIH et HCV - Secret professionnel (04/02/2012)
- Etablissement d'un médecin après la fin de la convention avec l'hôpital (04/02/2012)
- Clause de non-concurrence territoriale prévue dans une convention d'association entre médecins (18/02/2012)
- Sociétés professionnelles de médecins – Administrateurs (03/03/2012)
- Titre de 'médecin du sport' (03/03/2012)
- Question de la vente de prestations médicales par le biais de l'internet, notamment via le site www.groupon.be (03/03/2012)
- Médecins requis en vue de procéder à un prélèvement sanguin (03/03/2012)
- Consultation du dossier médical par un médecin légiste (24/03/2012)
- Disparition d'une personne, considérée comme inquiétante (24/03/2012)
- Le médecin et les tests en vente directe en général et en particulier dans le domaine de la génétique (24/03/2012)

2

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

Plaintes concernant des traitements inadéquats par homéopathie (21/01/2012)

MOTS-CLES :
Discipline - Homéopathie
REFERENCE :
a137003f

En juin dernier, le KCE (Kennis Centrum, Centre d'expertise), à savoir le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, a publié un rapport négatif sur l'homéopathie. Celui indiquait : « Il n'y a pas la moindre preuve que l'homéopathie soit efficace ». Lors de son utilisation, « on court le risque de ne pas instaurer un traitement classique indispensable ou de le démarrer trop tard ». Pour plus de détails, voy. : <http://kce.fgov.be/fr/press-release/homeopathie-pas-de-preuve-d-efficacite-mais-fort-utilise-quand-meme>.

Avant de publier son rapport, le KCE a contacté le Conseil national de l'Ordre des médecins afin de savoir s'il y avait eu au cours de ces dernières années des plaintes concernant des traitements inadéquats par thérapies parallèles ayant entraîné des conséquences graves pour le patient. Vous trouverez ci-dessous la réponse du Conseil National.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

A la suite de votre demande, le Conseil national de l'Ordre des médecins a consulté les conseils provinciaux afin de savoir s'il y avait eu, au cours de ces dernières années, des plaintes concernant des traitements inadéquats par thérapies parallèles ayant entraîné des conséquences graves pour le patient.

Au cours de ces dernières années, des plaintes de ce type ont été déposées, dont une vingtaine ont donné lieu à une condamnation disciplinaire du chef de ne pas avoir prodigué des soins conformes aux données actuelles de la science et d'abus de la liberté diagnostique et thérapeutique. Un tiers de ces cas concernait l'homéopathie utilisée à tort dans le traitement de maladies graves telles des cancers et des bronchopneumopathies, souvent sans examens complémentaires.

Etablissement d'un médecin ayant accompli un stage (04/02/2012)

MOTS-CLES :
Cabinet médical - Clientèle - Stage
REFERENCE :
a137004f

Un conseil provincial demande l'avis du Conseil national concernant l'établissement d'un médecin ayant accompli un stage chez un confrère en tant que candidat spécialiste en médecine générale ou spécialiste en formation.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 4 février 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 6 mai 2011 concernant les contrats de stage.

Le Conseil national confirme le principe qu'un médecin ne peut s'établir dans des conditions contraires à la déontologie médicale.

Il appartient au conseil provincial d'apprécier chaque cas concret en tenant compte des circonstances locales.

Infirmier atteint de VIH et HCV - Secret professionnel (04/02/2012)

MOTS-CLES :
Actes infirmiers – Maladies transmissibles – Médecine du travail – Secret professionnel - Sida
REFERENCE :
a137007f

Un médecin demande l'avis du Conseil national concernant la conduite à tenir lorsqu'il découvre chez un patient, infirmier hospitalier, une sérologie positive pour le HIV et HCV.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 4 février 2012, le Conseil national a examiné votre courriel du 7 octobre 2011 par lequel vous l'interrogez sur la conduite à tenir à la suite de la découverte chez un patient, infirmier hospitalier, d'une sérologie positive pour le HIV et HCV.

Vous trouverez en annexe l'avis du 21 mars 2009 du Conseil national, intitulé « Secret professionnel et sida - Information du partenaire », Bulletin du Conseil national n° 125. Bien que cet avis concerne le risque de contamination par le patient dans le cadre de sa vie privée, les principes qu'il développe sont également applicables au risque de contamination par le patient dans le cadre de ses activités professionnelles.

Complémentairement à cet avis, comme la profession d'infirmier exercée par le patient est susceptible d'accroître le risque de contamination, le Conseil national vous adresse les recommandations suivantes.

Au-delà de l'information donnée à cet infirmier concernant son état de santé, vous devez également lui indiquer les mesures nécessaires et concrètes à prendre pour rencontrer le risque de contamination des patients auxquels il prodigue des soins, et insister sur le fait qu'en ne respectant pas ces mesures, il engage sa responsabilité civile et pénale.

Si le risque ne peut être contré que par une modification de ses activités au sein de l'institution hospitalière, le médecin du travail pourra l'aider à trouver une solution.

Si cet infirmier a été infecté à la suite d'un accident du travail, l'intervention du médecin du travail a également pour but d'éviter qu'un tel accident se reproduise.

Dans le cadre de votre prise en charge (ou de la prise en charge du confrère auquel vous l'avez référé), il est important que le patient soit revu et interrogé à brève échéance, par exemple dans un délai de deux semaines, concernant les mesures concrètes qu'il a prises pour éviter l'infection, afin de vérifier si les recommandations ont été comprises et suivies et, le cas échéant, lui proposer toute aide utile pour y parvenir.

Ce n'est que si cet infirmier n'a pris spontanément aucune mesure de nature à protéger les patients de la contamination, que vous lui ferez part du fait que son attitude pourrait vous contraindre à vous départir du secret médical, par exemple en informant le médecin du travail, dès lors que vous estimeriez être confrontée à un état de nécessité.

Par ailleurs, s'il ne se représente plus à votre consultation ou si vous jugez que, contrairement à ce qu'il prétend, il n'a pas pris les mesures de protection nécessaires, vous devrez décider, en conscience, s'il y a un état de nécessité qui justifie que vous leviez le secret médical.

Concernant la notion d'état de nécessité et les circonstances dans lesquelles il peut être invoqué, le Conseil national vous renvoie à nouveau à son avis précité.

Etablissement d'un médecin après la fin de la convention avec l'hôpital (04/02/2012)

MOTS-CLES :
Cabinet médical – Clientèle - Contrats
REFERENCE :
a137009f

Un conseil provincial interroge le Conseil national concernant l'établissement d'un médecin après que la convention avec un hôpital a pris fin.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 4 février 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre du 14 février 2011 concernant la convention individuelle «...» et plus particulièrement l'installation d'un nouveau cabinet médical après que la convention avec l'hôpital a pris fin.

Le Conseil national renvoie à ses avis du 18 septembre 1993 (BCN n° 62, p. 25) et du 20 mai 1995 (BCN n° 69, p. 19). Le Conseil national confirme le principe qu'un médecin ne peut pas s'établir dans des conditions contraires à la déontologie médicale, plus précisément dans des conditions qui pourraient donner lieu à une soustraction illégitime de la clientèle d'un confrère.

Il appartient au conseil provincial d'examiner chaque cas ponctuellement en tenant compte des circonstances concrètes. Le Conseil national estime dès lors qu'il n'est pas opportun de définir des directives générales et uniformes en la matière.

Clause de non-concurrence territoriale prévue dans une convention d'association entre médecins (18/02/2012)

MOTS-CLES :
Associations et contrats entre médecins - Contrats
REFERENCE :
a137012f

Un avocat interroge le Conseil national à propos de la validité d'une clause de non-concurrence territoriale prévue dans une convention d'association entre médecins.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 18 février 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courriel du 19 décembre 2011. Vous interrogez le Conseil national à propos de la validité juridique d'une clause de non-concurrence territoriale applicable en fin de contrat et prévue dans une convention d'association entre médecins.

Le Conseil national n'est pas compétent pour juger des aspects juridiques de votre question. Sur le plan déontologique, la position du Conseil national est qu'un médecin ne peut s'établir dans des conditions contraires à la déontologie médicale, plus précisément dans des conditions susceptibles d'occasionner le détournement indu de la clientèle d'un confrère.

Il appartient au conseil provincial de procéder à une appréciation au cas par cas en tenant compte des circonstances concrètes.

Le Conseil national rappelle le libre choix du patient.

Sociétés professionnelles de médecins - Administrateurs (03/03/2012)

MOTS-CLES :
Sociétés entre médecins et avec des non médecins
REFERENCE :
a137018f

En sa séance du 3 mars 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté de la possibilité pour une personne, physique ou morale, d'être gérant/administrateur d'une société de médecins (au sens de l'article 162, § 5, d) sans avoir la qualité d'associé de cette société.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

n sa séance du 3 mars 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a discuté de la possibilité pour une personne, physique ou morale, d'être gérant/administrateur d'une société de médecins (au sens de l'article 162, § 5, du Code de déontologie médicale) sans avoir la qualité d'associé de cette société.

A.

L'avis du 21 mai 2005 du Conseil national intitulé « Sociétés professionnelles de médecins - Les administrateurs qui ne sont pas des associés doivent être des personnes physiques », BCN n°109, p. 6, est remplacé par l'avis qui suit dans lequel le

terme administrateur désigne tant l'administrateur que le gérant d'une société.

Pour les actes de gestion ayant une incidence sur l'activité médicale des associés, l'administrateur doit être un associé.

Pour les actes de gestion n'ayant pas d'incidence sur l'activité médicale des associés, l'administrateur peut être un non-associé.

L'administrateur qui a la qualité d'associé et l'administrateur qui n'a pas cette qualité fonctionnent comme un collège où la voix de l'administrateur qui a la qualité d'associé est prépondérante. Toutes les décisions sont prises sous la responsabilité de celui-ci.

L'administrateur doit être connu et lorsqu'il s'agit d'une personne morale, les statuts doivent faire apparaître qu'il n'y a pas de contradiction avec les dispositions du Code de déontologie médicale. En outre, une personne physique représentant l'administrateur lorsqu'il est une personne morale, doit être désignée.

Il est recommandé qu'à l'exception d'une société unipersonnelle, le mandat de l'administrateur associé ait une durée limitée de maximum six ans et soit renouvelable. Le mandat de l'administrateur qui n'a pas la qualité d'associé a une durée limitée de maximum six ans et est renouvelable.

La rémunération doit correspondre aux prestations de gestion réellement effectuées.

B.

Cet avis complète l'avis du 18 octobre 2003 du Conseil national intitulé "Société - Administrateurs non-médecins", BCN n° 103, p.5, qui admet que la fonction d'administration ne soit pas assumée par un associé, en apportant une nuance suivant que l'acte de gestion a ou non une incidence sur l'activité médicale.

Titre de 'médecin du sport' (18/02/2012)

MOTS-CLES :

Plaques – Médecine sportive

REFERENCE :

a137021f

Un conseil provincial soumet au Conseil national une question d'un médecin au sujet du titre de "médecin du sport".

Un médecin peut-il utiliser ce titre sans avoir suivi une formation spécifique, et les avis du Conseil national des 18 janvier 1986 et 19 avril 1986 sont-ils encore d'application?

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 3 mars 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre lettre concernant le port du titre de "médecin du sport".

Les diplômes, certificats ou autres attestations en médecine du sport énoncés à l'article 6 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 20 juin 2008 portant exécution du décret du 13 juillet 2007 relatif à la pratique du sport dans le respect des impératifs de santé [et d'éthique], sanctionnent des formations destinées à permettre l'exercice de la fonction de médecin du sport dans des organisations et fédérations sportives. Ils attestent qu'un médecin, qu'il soit généraliste ou spécialiste, dispose d'une qualification particulière sur le plan médico-sportif.

L'arrêté précité du Gouvernement flamand définit aussi les conditions pour l'agrément comme « médecin conseil d'un centre médico-sportif », « médecin de contrôle » ou « médecin de surveillance » des clubs sportifs.

La fonction de médecin conseil est réservée aux détenteurs du diplôme de médecine qui ont obtenu une des certifications suivantes : la VUB et la KULeuven organisent un master d'une durée d'un an après l'obtention du master en médecine. La VUB collabore pour cette formation avec l'UGent et l'UAntwerpen. L'UGent délivre un « certificat d'enseignement complémentaire en médecine sportive », également à l'issue d'une formation d'un an. L'UGent collabore aussi avec l'UAntwerpen pour la formation. Ce master complémentaire ou certificat permet de solliciter un agrément comme médecin conseil auprès du ministère flamand du Sport.

Un centre médico-sportif agréé par la Communauté flamande doit s'attacher au moins un médecin conseil.

En Belgique, la médecine du sport n'est pas une spécialité médicale reconnue. L'INAMI ne reconnaît aucune nomenclature spécifique accessible aux médecins du sport.

Un médecin ne peut se prévaloir du titre de « médecin du sport » que s'il peut faire la preuve de compétences particulières démontrées, entre autres, par les formations mentionnées ci-dessus.

Le Conseil national fait remarquer que, sur le plan déontologique, ses avis du 18 janvier 1986 (BCN n°34, p. 34) et du 19 avril 1986 (BCN n°34, p. 36) sont toujours d'application.

Question de la vente de prestations médicales par le biais de l'internet, notamment via le site www.groupon.be (18/02/2012)

MOTS-CLES :
Honoraires – Publicité et réclame
REFERENCE :
a137022f

Le Conseil national est interrogé au sujet de la vente de prestations médicales par le biais de l'internet, notamment via le site www.groupon.be.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Communiqué de presse

En sa séance du 3 mars 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné la question de la vente de prestations médicales par le biais de l'internet, notamment via le site www.groupon.be.

La vente à distance par laquelle des médecins offrent des prestations médicales, le cas échéant à des tarifs promotionnels, contrevient aux règles de la déontologie médicale relatives à la publicité et à la fixation des honoraires. Les médecins qui sont associés à ces pratiques peuvent faire l'objet de poursuites disciplinaires.

En outre, la publicité faite par un médecin est réglementée par la loi du 2 août 2002 relative à la publicité trompeuse et à la publicité comparative, aux clauses abusives et aux contrats à distance en ce qui concerne les professions libérales et par la loi du 6 juillet 2011 interdisant la publicité et réglementant l'information relatives aux actes d'esthétique médicale, laquelle interdit expressément d'utiliser des arguments financiers.

La vente de prestations de nature médicale par le biais de l'internet, sans contact direct préalable avec le patient, ne permet pas à celui-ci un exercice optimal de ses droits tels que définis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, principalement en ce qu'elle prévoit le droit du patient à recevoir une information claire, notamment sur son état de santé, information qui détermine sa capacité à consentir à l'intervention du praticien.

L'Ordre des médecins veille à faire respecter les règles qui précèdent par ses membres. Les faits concernant des médecins qui ne sont pas inscrits à son Tableau seront systématiquement rapportés aux autorités compétentes.

Médecins requis en vue de procéder à un prélèvement sanguin (03/03/2012)

MOTS-CLES :
Garde médicale – Prélèvement de sang
REFERENCE :
a137024f

Le Conseil national examine la procédure lors de la réquisition d'un médecin en vue de procéder à un prélèvement sanguin.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Concerne: Réquisition d'un médecin en vue de procéder à un prélèvement sanguin

Faisant suite à votre lettre du 18 octobre 2011, le Conseil national de l'Ordre des médecins a rendu en sa séance du 3 mars 2012 l'avis suivant.

Le médecin requis par une autorité compétente pour, entre autres, effectuer un prélèvement sanguin est légalement tenu, sous peine de sanction, de donner suite à cette réquisition, sauf dans des cas exceptionnels (cf. article 131 du Code de déontologie médicale et l'avis du Conseil national du 19 février 1994, BCN n° 64, p.29).

Des problèmes susceptibles d'interférer avec le fonctionnement correct du **service de garde** (cf. notamment les articles 8 et 9 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et l'avis du Conseil national du 6 décembre 2008 « Garde de médecine générale ») surgissent dans ce cadre, en particulier lors de la réquisition d'un médecin de garde (tant des médecins généralistes de garde que des médecins des services des urgences).

La recherche par le Conseil national de solutions acceptables a montré que celles-ci sont dans une large mesure influencées par des circonstances locales et régionales. A la lumière de ces recherches, le Conseil national estime qu'une solution uniforme pour cette problématique n'est pas opportune et réalisable. Le Conseil national recommande que, par région, les instances professionnelles organisant les gardes s'orientent vers des solutions locales, de préférence décidées en concertation avec le procureur du Roi près le tribunal de première instance de l'arrondissement judiciaire, le conseil provincial et la commission médicale provinciale

Consultation du dossier médical par un médecin légiste (24/03/2012)

MOTS-CLES :
Dossier médical – Médecine légale
REFERENCE :
a137026f

Un conseil provincial demande des explications complémentaires concernant l'avis du Conseil national du 28 mai 2011 intitulé « Consultation du dossier médical par un médecin légiste ».

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 24 mars 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a examiné votre courrier du 19 octobre 2011 par lequel vous sollicitez des explications complémentaires concernant l'avis du Conseil national du 28 mai 2011 intitulé « Consultation du dossier médical par un médecin légiste », BCN n° 134.

Plus précisément, vous l'interrogez concernant la modification éventuelle de l'article 62b du Code de déontologie médicale, en ce qu'il prévoit l'accord du patient, alors que tel n'est pas toujours le cas en matière pénale.

1. Dans le cadre d'une enquête pénale, le parquet ou le juge d'instruction peuvent, selon les modalités définies par la loi, faire usage de la contrainte pour saisir un dossier médical. Dans ce cas, le consentement du patient n'est pas requis.

Le juge d'instruction a le pouvoir de faire saisir un dossier médical ou de requérir pour le consulter un médecin expert, sans l'accord du patient.

Le procureur du Roi ne dispose de ce pouvoir qu'en cas de flagrant délit. En dehors de ce cas, il ne peut requérir un médecin expert pour consulter un dossier médical sans avoir préalablement obtenu l'accord du patient concerné ou l'accord de son représentant ou de son mandataire.

Il s'ensuit que c'est l'autorité judiciaire qui décide de saisir un dossier ou d'ordonner la consultation de données médicales, et non l'expert désigné.

2. Dans le cadre d'une procédure civile, le juge du fond peut décider qu'un médecin expert prenne connaissance du dossier médical du patient.

Plusieurs situations peuvent se présenter :

- le patient a introduit une procédure en justice pour obtenir réparation d'un dommage. La loi lui impose de faire la preuve de la faute, du dommage et du lien de causalité entre eux. S'il refuse l'accès du médecin légiste à son dossier médical, il risque de se voir reprocher de ne pas rapporter cette preuve et de voir rejetée sa demande d'indemnisation.
- le patient a introduit une procédure en justice pour obtenir réparation d'un dommage qu'il impute à une faute de son médecin, dont il met en cause la responsabilité. Dans ce cas, le juge du fond peut ordonner la production du dossier ou sa consultation par le médecin expert (art. 877 du Code judiciaire).

Deux situations sont envisageables :

- si le patient, partie demanderesse, s'y oppose, le tribunal constatera que l'expertise ne peut avoir lieu, ce qui aura des conséquences pour la preuve de la faute ;
- si le médecin, partie défenderesse, s'y oppose, il appartiendra au tribunal de vérifier si les motifs d'opposition sont ou non valables, que le médecin invoque le secret médical ou toute autre cause.

3. Dans sa rédaction actuelle, l'article 62b ne vise pas la communication de données médicales à la suite d'une contrainte judiciaire.

Cette disposition ne saurait d'ailleurs en toute hypothèse faire échec à l'application de règles légales d'ordre public (Code d'instruction criminelle).

Sur la base de cette clarification, le Conseil national estime qu'il n'est pas nécessaire d'apporter de modification à l'article 62b du Code de déontologie.

Disparition d'une personne, considérée comme inquiétante (24/03/2012)

MOTS-CLES :
Déclaration à la police, aux autorités judiciaires – Hôpitaux – Secret professionnel – Vie privée
REFERENCE :
a137028f

Le Conseil national a réexaminé la problématique du respect du secret médical dans le cadre de recherches menées par la police auprès d'hôpitaux à la suite de la disparition d'une personne, considérée comme inquiétante.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

En sa séance du 24 mars 2012, le Conseil national de l'Ordre des médecins a réexaminé la problématique du respect du secret médical dans le cadre de recherches menées par la police auprès d'hôpitaux à la suite de la disparition d'une personne, considérée comme inquiétante.

Le Conseil national confirme ses avis du 24 avril 1999 « Admission dans un hôpital psychiatrique - Communication à la police ou au procureur du Roi » (BCN n° 85, p. 10) et du 8 mai 2010 « Recherches menées par la police auprès des institutions hospitalières - Secret professionnel » (BCN n° 130, p.4).

Pour toute clarté, le Conseil national ajoute une phrase au dernier paragraphe de l'avis du 8 mai 2010, de sorte que ce paragraphe devient : « De cette discussion approfondie et compte tenu des règles légales en la matière, il ressort que le Conseil national confirme son avis du 24 avril 1999 concernant l'Admission dans un hôpital psychiatrique - Communication à la police ou au procureur du Roi (BCN n° 85, p. 10) et précise que les principes y développés s'appliquent à chaque hôpital. ».

Le médecin et les tests en vente directe en général et en particulier dans le domaine de la génétique

(24/03/2012)

MOTS-CLES :

Génétique – Prélèvement de sang – Responsabilité du médecin

REFERENCE :

a137031f

Le Conseil national est interrogé concernant des tests de paternité en ligne et la responsabilité des médecins qui effectuent le prélèvement sanguin.

AVIS DU CONSEIL NATIONAL :

Actuellement, un nombre croissant de tests génétiques peuvent être commandés directement sur Internet par le public. Il s'agit de tests de paternité, de maternité, de « zygosity », de lien de parenté entre frère et sœur, de l'analyse du chromosome Y, de tests prénataux, de tests pharmacogénétiques et aussi de tests comparant la probabilité de nombreuses affections chez le demandeur par rapport à la probabilité générale pour la population. Depuis 2011, même une analyse totale du génome peut être obtenue par l'entremise de la Toile.

Il va sans dire qu'à défaut d'un accompagnement correct, la réalisation et les résultats de ces tests peuvent conduire à de graves problèmes juridiques, sociaux, médicaux, économiques et existentiels. On catégorise cependant facilement ces tests dans les « lifestyle-tests » et on en légitime la libre disponibilité par référence au droit à l'autodétermination : le public peut juger lui-même de l'utilité ou non d'un test.

Si certains tests nécessitent encore une prise de sang et un dispensateur de soins qualifié et habilité pour la réalisation de cet acte, le recueil d'un autre matériel d'analyse ne requiert guère une aide professionnelle. De ce fait, ces analyses peuvent échapper à pratiquement tout contrôle professionnel.

Si des médecins sont néanmoins impliqués dans ce type de demande, ils doivent se laisser guider par les principes déontologiques qui consistent à ne pas utiliser des tests sans but médico-thérapeutique et à ne pas s'immiscer dans des questions familiales. En cette matière, les médecins sont les mieux placés pour informer les patients non seulement à propos de la valeur des tests, mais également à propos, par exemple, de la complexité du consentement éclairé. Quid de données inattendues positives ou négatives ? Quelles sont les retombées sur notre système de soins de santé ? Quelles sont les conséquences de mesures préventives non fondées médicalement et scientifiquement, consécutives à des analyses génétiques non justifiées sur le plan médical ? Quid d'une information non voulue au sujet de tiers ? Une sécurité est-elle intégrée afin d'imposer ou de permettre l'inaccessibilité de ces données pour les sociétés d'assurances ou les employeurs, ainsi que le prévoit du reste la législation existante ? Quid de la vie privée ? Qu'en est-il de la problématique de l'usage de ce type de tests chez des mineurs ? Etc.

Idéalement, nous pourrions espérer que dans un avenir proche la commande de tests génétiques par Internet soit prohibée par la loi et que dès lors leur réalisation ne soit possible que dans un laboratoire spécialement agréé, sur prescription médicale. Quant à savoir si cela est réaliste dans un monde ouvert, c'est une autre question.

A tout le moins, une campagne d'information extensive paraît dès lors nécessaire politiquement et socialement afin de placer dans un cadre préventif et largement équilibré pour le grand public les tests en vente directe en général et certainement dans le domaine génétique.

Il peut être fait appel dans ce contexte aux centres agréés de génétique médicale, lesquels disposent d'une expertise et d'une expérience particulière

Rapport du Congrès « European Association for Physician Health (EAPH) », 26-27 septembre 2011, Salzbourg

Dr P. Beke, S. De Maesschalk

En résumé, diverses études confirment que les médecins sont exposés à des maladies psychiques et physiques et que pour certaines maladies, ils y sont même plus sensibles que la population générale.

Elles confirment aussi que les médecins demandent trop tard un avis concernant leur maladie, que trop souvent, ils ne sont pas suffisamment traités, et que trop souvent aussi, ils se traitent eux-mêmes.

Il est souligné qu'un médecin malade induit un risque pour la qualité des soins qu'il dispense à ses patients. Il est et reste responsable si un accident survient, ce qui constitue souvent la cause des plaintes déposées auprès de l'autorité ou des instances de régulation ou des organes disciplinaires.

La tendance internationale dans cette problématique est d'être moins répressif mais avant tout d'encourager le médecin malade à suivre un traitement, de le conseiller et de l'accompagner dans le cadre de son problème.

Des efforts sont engagés pour offrir un soutien, éventuellement par un remplacement et la recherche des meilleures solutions possibles pour l'amélioration des conditions de travail.

Dans divers pays, ce sont les instances de régulation qui prennent en charge la problématique du médecin malade ou qui du moins contribuent activement à la recherche de solutions.

L'accent est mis surtout sur la prévention, notamment de problèmes tels que le burnout, l'abus et la dépendance, en informant correctement les jeunes médecins lors de leur formation à propos des lourdes charges qui les attendent et qui ne sont pas à sous-estimer.

En outre, il s'impose d'optimiser les conditions de travail et la collaboration et de réduire le stress au travail.

Le circuit des soins doit être rendu facilement accessible aux médecins, par exemple au moyen d'un réseau en ligne avec un point de contact téléphonique où des experts médecins formés en ce domaine sont en mesure d'orienter et de conseiller en vue d'une prise en charge ou d'un traitement.

L'attention a également été attirée sur l'intérêt de médecins thérapeutes correctement formés, notamment des médecins généralistes, spécifiquement formés pour pouvoir traiter un confrère en tant que médecin-patient. Doctors for doctors.

Enfin, divers pays disposent d'un système « Fitness to practice » permettant d'évaluer si un médecin est apte à reprendre sa pratique. Diverses solutions intermédiaires sont suggérées, allant de l'interdiction totale d'exercer, à l'avertissement ou au travail soumis à supervision et à de strictes conditions.

Sessions du 26 septembre 2011

« Meeting the challenges of change – my story so far » - Julia Whiteman (UK)

Madame Whiteman participe aux congrès de l'EAPH depuis 2008 et elle est frappée par le fait qu'un nombre croissant de pays sont confrontés à des problèmes concernant l'état de santé des médecins (voir Norvège, Espagne, etc.).

Un projet est en cours pour l'instant en Angleterre, plus précisément à Londres, dans le cadre de la garantie de qualité des soins administrés aux patients par les médecins et les dentistes. Les moyens mis en œuvre pour cette étude sont, notamment, des analyses de cas spécialisées, le coaching et le mentoring.

L'exemple est cité d'un médecin en formation souffrant de dystrophie musculaire. Il est dans l'impossibilité physique de suivre une formation, mais il veut quand même devenir médecin. Quid ? Le candidat doit-il être admis aux études et à la formation ? Que peut-on faire ?

Il existe une volonté d'offrir un soutien professionnel « medical performance support unit » aux médecins à tous les stades de leur carrière médicale. Il y a des défis professionnels énormes inhérents à leur responsabilité clinique.

Les médecins en formation sont soumis à une pression supplémentaire comme le fait de travailler dans une partie du pays où ils n'ont que peu ou pas de liens personnels. Ils doivent faire face à des changements relativement fréquents et s'adapter à chaque nouvelle situation.

Les médecins peuvent aussi être touchés par des événements qui se produisent en dehors de leur périmètre de travail.

Pour toutes ces raisons et d'autres, les médecins ont parfois besoin d'un soutien professionnel. Etant donné la diversité des besoins, il n'est pas indiqué de n'envisager qu'une seule approche. C'est pourquoi « London Deanery » a créé différents services apportant un soutien suffisant aux médecins de Londres.

L'oratrice espère trouver dans ce congrès une nouvelle inspiration et de nouvelles idées pour le développement des possibilités de soutien des médecins.

« Shifting landscapes : cultures ans services. Developing an integrated model of support » - Debbie Cohen (UK)

L'oratrice souligne que nonante pour cent des affaires du GMC ont trait à des problèmes mentaux et d'addiction. Le suicide et les tentatives de suicide sont sensiblement plus fréquents chez les médecins, les dentistes et les infirmiers. Souvent, les médecins travaillent alors qu'ils sont malades et conseilleraient, en même temps à leurs patients avec les mêmes symptômes, de rester chez eux. Les médecins ne recherchent souvent une aide que tardive ou insuffisante ou se traitent eux-mêmes.

Les praticiens professionnels de la santé ont des responsabilités concernant leur santé, car celle-ci a un impact sur la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. « Good doctor – better patient ». Ceci suppose que chaque médecin :

- doit être enregistré chez un médecin généraliste
- peut tirer profit de vaccinations contre des maladies infectieuses
- s'il n'est pas en bonne santé, doit pouvoir demander un avis professionnel pour la gestion de sa maladie et l'accès au traitement indiqué et au suivi de ce traitement
- doit pouvoir demander immédiatement un avis concernant l'aptitude à travailler lors de l'apparition de symptômes
- ne pourrait pas travailler lorsqu'il est réellement malade.

Les praticiens de la santé touchés par la maladie doivent avoir accès à des services locaux appropriés. Cela ne peut certainement pas compromettre la qualité des soins. Il y a un besoin de pouvoir accéder rapidement à un médecin généraliste et à des médecins ayant certaines qualifications. Il doit y avoir une appréciation confidentielle par des spécialistes et un traitement par des praticiens des soins de santé disposant des compétences, de la formation et de l'accréditation.

Pour réaliser cela, il est requis

- de prévoir la formation d'un groupe de praticiens de soins de santé ayant les aptitudes nécessaires pour traiter des praticiens de soins de santé, « doctors for doctors »
- de développer des règles pratiques en matière de financement, de supervision et de soutien du médecin malade
- de créer en Angleterre deux à quatre services spécialisés pour les praticiens des soins de santé, en particulier pour les médecins présentant des problèmes complexes de santé mentale ou de dépendance.

« A model for health services for health professionals » montre comment il devrait être possible d'arriver à des services de santé pour les professionnels des soins de santé. Des médecins généralistes et de médecins disposant d'aptitudes spécifiques collaboreraient pour porter une appréciation concernant les praticiens des soins de santé malades et les accompagner.

Level 4 Secondary care inpatient and outpatient care (psychiatrists, psychologists and nurses with enhanced skills)

Level 3 Specialist Services

Level 2 General practitioners and occupational health

Level 1 All health professionals and health service managers

Level 0 Staff responsibility for health and wellbeing (trained and skilled in recognizing possible health problems, providing early support and advising on access to GPs and occupational health)

Une interaction et une communication interprofessionnelle forte est cruciale, surtout en matière de revalidation et d'organisation du retour du praticien professionnel à son lieu de travail.

En Angleterre, il existe déjà diverses initiatives d'aide aux praticiens des soins de santé connaissant des problèmes, mais elles diffèrent fortement de région à région.

Un site Internet www.h4hp.co.uk a été créé pour le soutien des médecins ayant des problèmes de santé, le soutien de leur famille et l'implication de cette dernière dans le traitement. Le but est d'installer des balises indiquant aux médecins où trouver l'information et l'aide dont ils ont besoin.

« Regulation across Europe » - Richard Brennan (Irlande), Anna Rowland (Angleterre), Olaf Aasland (Norvège) et Wilfried Kunstmann (Allemagne)

Irlande—Richard Brennan

L'Irlande s'est dotée d'un « Medical Practitioners Act ». Celui-ci a réformé radicalement la réglementation de la profession médicale en Irlande. Il prévoit l'enregistrement et le contrôle du médecin, modifie l'adhésion au Conseil médical irlandais (IMC) et les fonctions de ce dernier et l'oblige à créer diverses commissions appelées à se pencher sur les plaintes portées contre des médecins.

Le 16 mars 2009, l'enregistrement de médecins, le rôle du Conseil médical irlandais (IMC) et le Pouvoir exécutif du service de santé (HSE) en matière d'enseignement médical, de formation et de reconnaissance des qualifications sont devenus effectifs.

Il existe en outre un « Guide to professional conduct and ethics for registered medical practitioners » de 2009. Le Conseil médical (IMC) a voulu y préciser à l'intention du public un certain nombre de sujets spécifiques recouvrant le consentement, la confidentialité, les soins en fin de vie et l'information. Le guide est mis à jour chaque année par le Conseil (IMC) depuis 1979.

Angleterre - Anna Rowland

Essentiellement « The procedure of the fitness to practice ».

Le GMC ne traite que les plaintes les plus graves, par exemple des situations dans lesquelles un médecin constitue un réel danger pour les patients.

Ils étudient attentivement toutes les plaintes afin de mettre en évidence les questions qui doivent être examinées. Dans certains cas, il apparaîtra clairement qu'il n'est pas indiqué d'examiner la question parce qu'il s'agit, par exemple, d'un non-médecin ou parce que le cas n'entre pas dans leur critères d'entrée en action. Si la conclusion est que la question évoquée dans la plainte ne peut lever de sérieuses préoccupations à propos des aptitudes d'un médecin, un courrier est adressé aux employeurs du médecin pour les informer. Si le médecin travaille au sein du NHS, il est laissé à l'appréciation de l'employeur de décider des procédures locales indiquées. Il doit signaler au GMC les cas dans lesquels celui-ci est appelé à agir afin de protéger les patients.

Si le GMC décide d'examiner la plainte, ils permettent au médecin de prendre connaissance de la plainte et de formuler des remarques. Ensuite, le plaignant peut répondre. Après avoir rassemblé l'information nécessaire, le GMC désigne deux examinateurs (un médecin et un non-médecin) pour instruire le cas.

Les examinateurs vérifieront s'il y a des objections suffisamment sérieuses à ce que le médecin assiste à l'audience.

Les résultats ou décisions suivantes sont possibles :

- clôture de l'affaire sans autres démarches
- un avertissement au médecin
- « undertakings », engagements pris par le médecin. Une formation complémentaire sous supervision peut être proposée au médecin.

A tout stade du procès, le GMC peut référer le médecin au « Interim Orders Panel » (IOP). Celui-ci est compétent pour suspendre l'inscription du médecin ou la subordonner à des conditions tant que l'instruction est en cours.

Le « Fitness to Practise Panel » contrôle les éléments de preuve et conclut si le médecin est apte à exercer.

Si le comité décide que le médecin n'est pas apte, l'une des décisions suivantes peut être prise :

- ne pas entreprendre de démarches
- accepter les engagements pris par le médecin à condition qu'il soit estimé par le comité que la sécurité du patient et l'intérêt public sont préservés
- définir des conditions concernant le lieu de travail (exemple : le médecin ne peut prester une activité médicale que sous supervision)
- suspension
- radiation

Pour info : www.gmc-uk.org

Norvège - Olaf Aasland

En Norvège, il existe un « Board of Health Supervision ». Il s'agit d'un pouvoir de supervision indépendant, responsable de la supervision générale de la santé et des structures sociales dans le pays, et depuis le 1^{er} janvier 2010, de la protection de l'enfant.

Le Conseil reçoit des informations, par exemple, de patients, de parents, d'employeurs, de la police ou de médias, à propos d'infractions possibles. Environ 2.000 cas sont examinés chaque année afin de vérifier si les lois ou réglementations ont été enfreintes.

Si une infraction a été commise, le Conseil norvégien peut réagir administrativement, par exemple, en donnant des instructions à une institution en vue de l'amélioration des conditions de travail ou en retirant l'autorisation d'exercer.

De 2002 à 2010, 40 avertissements ont été prononcés et 6 suspensions ou limitations d'exercice.

En outre, il existe aussi une « registration authority for health personel ». Ils accordent les autorisations nécessaires pour l'exercice d'une profession des catégories réglementées du personnel des soins de santé (27 catégories). L'autorisation représente l'agrément complet et permanent ou peut imposer une ou plusieurs limitations relatives à la durée de la mesure dans le cadre d'une pratique indépendante ou accompagnée.

Il existe à cette fin un registre mis à jour hebdomadairement.

Allemagne - Wilfried Kunstmann

La « Bundesärztekammer » est l'ensemble des Chambres de médecins des différents Etats (« Landesärztekammern»). Elle représente les intérêts d'environ 440.000 médecins dans des questions relatives à la politique professionnelle. Elle joue un rôle actif dans l'émission d'avis concernant la santé et la politique sociale et dans les procédures légales.

Le rôle de la « Bundesärztekammer » est le suivant :

- l'assurance de traitements de qualité pour la population ;
- développer un sentiment d'unité parmi les médecins en Allemagne en les conseillant et les informant à propos d'évolutions et activités présentant un intérêt et pertinentes pour la profession médicale, les soins de santé et la société ;
- protéger les intérêts professionnels de la profession médicale dans des questions qui excèdent la juridiction d'un seul Etat (« Land »). Maintenir des contacts avec l'autorité fédérale, le « Bundestag » et le « Bunderat » (les deux chambres parlementaires) et les partis politiques ;
- communiquer les points de vue de la profession médicale en matière de politique de santé et de médecine ;
- la promotion de la formation continue ;
- la promotion de l'assurance de qualité ;
- maintenir de bonnes relations avec les associations médicales à l'étranger ;
- contrôler le respect du Code professionnel (« Berufsordnung ») qui règle les obligations éthiques et professionnelles des médecins entre eux et à l'égard des patients.

« Health, lifestyles and academic conditions of medical students in Catalonia » - Manuel Salamero

Cette étude démontre que la formation est l'époque idéale pour sensibiliser le futur médecin à l'importance de prendre soin de sa propre santé et le préparer à une pratique saine de sa profession.

L'étude a mis en évidence que les étudiants en médecine savent très bien s'auto-évaluer. On rencontre chez eux des problèmes d'abus d'alcool et de calmants, mais l'usage du tabac et du cannabis est chez eux moins élevé que chez les étudiants d'autres orientations.

Mais des changements sont nécessaires, par exemple, en vue de diminuer le stress, de promouvoir de bonnes habitudes de vie et surtout de la prise en compte en temps utile des troubles du comportement émotionnel.

« A comparison of job satisfaction and effort-reward imbalance between Germany and Norwegian physicians in private practice » - Edgar Vlotmer

Cette étude a examiné la satisfaction et les tensions de médecins allemands et norvégiens dans leur pratique privée. L'étude a porté sur un échantillon de médecins en pratique privée du Schleswig-Holstein, d'Allemagne et un échantillon de méde-

cins généralistes et de médecins spécialistes en pratique privée en Norvège. L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire.

La satisfaction au travail se traduit par un meilleur score chez les médecins norvégiens en comparaison des médecins allemands. Il n'y avait pas de différence significative dans la moyenne de l'échelle de tension générale entre médecins allemands et norvégiens, mais le score des médecins norvégiens était clairement plus élevé sur l'échelle des salaires.

Les heures de travail, les tensions, la rémunération et les différences nationales représentent 37.4 % de la différence déclarée concernant la satisfaction au travail.

Ces constatations requièrent dès lors une prévention active et la promotion de la santé parmi les médecins en exercice, et un accent spécial sur de meilleures conditions de travail.

« Sick leave after a counseling intervention prevents later burn-out : a three year follow up study of Norwegian doctors » - Karin Isaksson Ro

La connaissance des facteurs importants du burnout est nécessaire, mais les études concernant le burn-out et ses conséquences ne manquent pas. Cette étude de trois ans avait pour but d'examiner dans le cadre d'un avis d'intervention les stratégies, les tensions au travail et les traits de personnalité lors du burn-out.

227 médecins ont été suivis par l'intervention burn-out organisée à la Villa Sana. Cette intervention s'est appuyée sur des rapports d'autoévaluation au niveau de la ligne de base, du suivi d'un an et du suivi de trois ans. On retiendra parmi les éléments examinés l'épuisement émotionnel, le stress au travail, la gestion des stratégies et le neuroticisme.

Les variations ont été analysées.

Parmi ces médecins, 187 (81% dont 83 hommes et 101 femmes) ont accompli les trois années d'appréciation de suivi. Une réduction significative de l'épuisement émotionnel et du stress au travail a été observée un an après l'intervention. Cela s'est maintenu pendant les trois années de suivi.

L'étude permet de déduire que la gestion des problèmes et le stress au travail sont des éléments importants des programmes d'intervention.

12

Sessions du 27 septembre 2011

« Training doctors to treat colleagues » - Rhona Knight (UK)

Bon nombre de problèmes surgissent parce qu'il est difficile pour un médecin d'être le patient. Les médecins sont formés pour être médecins et pour traiter des patients. Lorsqu'un médecin est malade, il doit apprendre à être un patient.

Le « ICGP Health Programma » est un projet pilote qui forme des médecins à traiter des médecins et à prendre la direction dans la concertation. Par exemple, ils se concertent avec le médecin-patient sur la nature de l'ordonnance et la rédigent pour lui. Ils ne lui demandent pas s'il souhaite la rédiger lui-même. Il est traité comme un patient.

Le but du projet pilote est double. Il est tout d'abord un programme de formation en vue d'apporter des connaissances, des aptitudes et une expertise à tous les médecins généralistes qui jouent un rôle dans les soins prodigués à des travailleurs de la santé ayant des problèmes de santé (« Certificate in Practitioner Health (CPH) - partie 1 »). Ensuite, le but est aussi de dresser une liste de médecins généralistes qui manifestent un intérêt spécifique pour ce domaine (« CPH – partie 2 »).

Le « CPH – partie 1 » utilise différentes méthodes d'enseignement et styles, notamment le e-learning et la journée « face to face ». Un cours « health for health practitioners » est dispensé. Ce cours passe en revue les problèmes de santé que connaissent les médecins et ce qui peut être fait au sein d'une pratique de médecine générale pour l'amélioration des soins au médecin-patient. Tout comme leurs patients, les praticiens professionnels peuvent être affectés par la maladie. La santé déficiente du praticien a des retombées négatives sur les soins prodigués aux patients, sur le coût des soins de santé, la vie des confrères, de la famille, des amis et du médecin lui-même.

La « partie 2 » comprend l'enseignement face-to-face, le travail sur le terrain, l'apprentissage sur place, pluridisciplinaire et réflexif. Chaque participant à cet enseignement a un accompagnateur. L'évaluation mesure l'assimilation des compétences requises.

« Teaching quality improvement and safety in healthcare for doctors » - Andrée Rochfort (Irlande)

Le programme du ICGP (Irish College of General Practitioners) s'intitule "Health in practice (HIP)" et a pour objectif la bonne santé du praticien professionnel et la promotion et la protection de sa santé psychologique.

Le programme se compose en pratique de réseaux de soins de santé et d'un service d'information. Le HIP fournit des soins de santé confidentiels à travers trois réseaux :

- un réseau médecins généralistes
- un réseau médecins du travail
- un réseau psychiatres
- La volonté est d'aider à faire face aux problèmes et d'exhorter les médecins « à ne pas se soigner eux-mêmes » et de conseiller « à chaque médecin d'avoir un médecin généraliste ».

Le HIP fournit des informations par téléphone, fax, e-mail ou courrier postal.

« Psychiatrists treating doctors » - Pilar Lusilla (Espagne)

Il est difficile pour les médecins de se retrouver dans la situation de patient. Et cela l'est autant pour le médecin qui soigne un confrère. Un médecin-patient nécessite une autre approche que le patient « courant ». Il existe peu de publications à ce sujet, certainement lorsqu'il s'agit de problèmes psychiques.

En Catalogne, un programme spécial a été mis sur pied : le PAIMM (« Integral Care Programme for Sick Physicians » programme intégral d'aide aux médecins malades). Il a été créé en 1988 par l'Association médicale de Catalogne et le ministère de la santé (l'autorité autonome de Catalogne).

Leur philosophie est de ne pas pénaliser, d'offrir un accès libre, d'œuvrer à la prévention et de promouvoir la réinsertion. Le programme de traitement est dispensé au sein de l'unité clinique du PAIMM, un hôpital privé de Barcelone.

L'unité clinique est exclusivement réservée au PAIMM et se compose de diverses sections : hospitalisation, hôpital de jour et traitements ambulatoires.

L'équipe professionnelle se compose de sept psychiatres, d'un spécialiste en médecine interne, de quatre psychologues, de cinq infirmières et de trois collaborateurs.

Le projet est financé par des fonds.

Une étude a été effectuée parmi les psychiatres travaillant au PAIMM. Il a été demandé à 57 psychiatres de collaborer à l'étude. Ils devaient remplir un questionnaire sur la base d'une échelle à 5 points. 41 psychiatres ont participé effectivement. Les résultats de l'étude sont :

- il est difficile de soigner un confrère
- il est plus difficile de traiter un médecin-patient qu'un patient « ordinaire »
- un médecin-patient attend plus longtemps avant de demander de l'aide
- ils rencontrent des problèmes en ce qui concerne la réinsertion professionnelle des médecins connaissant des difficultés d'ordre psychique
- la confidentialité joue un grand rôle
- un médecin-patient a besoin d'un traitement privé
- traiter un médecin-patient apporte plus de satisfaction professionnelle
- le traitement de médecins-patients nécessiterait une formation
- un médecin-patient est davantage protégé qu'un patient « ordinaire »
- un médecin-patient a une influence sur le médecin traitant
- un médecin-patient requiert davantage d'aptitudes à la communication
- les médecins sont mieux au courant de leur maladie
- un médecin-patient apprécie d'être traité par un médecin spécialisé dans le traitement de confrères
- un médecin-patient reprend plus vite le travail
- traiter un médecin-patient est plus complexe.

« Remed – a Swiss support network for physicians in crisis » - Michael Peltenburg (Suisse)

En Suisse, un ReMed (Rete Medicorum) a été créé. Il s'agit d'un réseau de soutien aux médecins en crise ou en proie à une pression extrême.

Il a été créé par des médecins en 2007. ReMed « sauve » des collègues confrontés à des problèmes professionnels et personnels, au moyen d'interventions de crise, de l'accompagnement et du coaching. Dans des cas particuliers, par exemple lorsqu'un médecin risque de perdre son agrément pour l'exercice de la médecine, ils agissent comme médiateurs en tant que composante du plan de traitement.

Après trois années pilotes dans les cantons de Thurgau et Neuenburg, ReMed a étendu son action au niveau national avec pour objectif de venir en aide dans les cas de burnout, d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation et d'autres formes de besoins.

ReMed est financé par la Fédération médicale helvétique et par l'Association médicale suisse. Le programme a déjà apporté une aide à plus de 130 médecins pendant les trois années pilotes du projet. Le site Internet comptabilise plus de 100 visites par mois.

Les médecins peuvent prendre contact en toute discrétion avec ReMed par téléphone, e-mail ou en ligne. Les collaborateurs transfèrent les questions vers le comité médical exécutif composé de quatre médecins. Le médecin est contacté dans les 72 heures pour l'élaboration d'un programme d'action. La plupart des problèmes sont résolus par une intervention de crise aiguë, le coaching ou le mentoring. Le but du mentoring, du coaching et de l'évaluation n'est pas de contrôler ou punir. Le but est de rétablir la confiance des médecins de manière à ce qu'ils puissent continuer à fournir des prestations médicales en toute sûreté. Le médecin décide lui-même de ce qu'il faut faire. D'autres institutions peuvent recommander un « ReMed ».

« Substance-abuse among doctors in Germany – Problemsize interventions » – Wilfried Kunstmann (Allemagne)

Le nombre de médecins ayant des problèmes de consommation abusive est estimé à 15.000 (sur 333.600). Dans l'ensemble, il s'agit pour 50% d'alcool, pour 28% d'une combinaison d'alcool et de médicaments sur prescription, pour 10% d'usage de drogue, pour 6% de drogues narcotiques et pour 6% de médicaments.

Ces abus ont diverses causes, comme le stress, la facilité d'accès, les hautes attentes du médecin, la confrontation quotidienne avec des patients en détresse.

La « Bundesärztekammer » a élaboré un document pour la prise en charge des médecins dépendants. Un bureau de contact doit être créé (dans chaque Etat et sur Internet une personne de contact par Etat est mentionnée). Tous les documents sont centralisés dans ce bureau avec lequel le médecin entre en contact. Ils peuvent déterminer les besoins diagnostiques et informer le médecin. Tout est confidentiel. Une solution de soutien (remplacement) est recherchée par rapport au lieu de travail. Un contrat écrit doit être établi avec le médecin.

En outre, le médecin doit être assisté par des médecins de confiance. Les chambres doivent offrir un soutien en rapport avec le travail.

Lorsque la Chambre est informée qu'un médecin présente des problèmes d'abus, le médecin est convoqué pour un entretien. Le médecin est référé à un expert pour l'établissement d'un diagnostic.

Un contrat écrit est passé concernant le traitement, les décisions prises et la sanction. Une thérapie et un programme de suivi sont mis au point. Il existe toujours un risque pour le médecin que le problème soit rapporté à l'autorité compétente pour l'agrément.

Le programme décrit n'est pas encore connu de toutes les chambres. Ce problème doit encore être résolu.

« *Health promotion for medical students within the medical curriculum – a salutogenic approach* » - Edgar Voltmer et Thomas Kötter

Des données épidémiologiques indiquent que les médecins sont soumis à des risques de santé psychosociaux plus élevés, comme le burnout, la dépression, l'abus d'alcool et de drogue et le suicide. Une étude de 2008 a démontré l'existence chez les étudiants en médecine et les médecins de paradigmes psycho-sociaux du stress. Une intervention adéquate pour la promotion de la santé est nécessaire. La promotion de la santé et la prévention des plaintes et des limitations psycho-sociales doivent obligatoirement faire partie intégrante du curriculum médical et être considérées comme un thème majeur durant la formation des médecins.

A l'université de Lübeck, un module de 20 heures a été mis en place. Ce cours génère un haut degré de satisfaction. Les étudiants estiment apprendre beaucoup et enrichir leurs connaissances.

Le cours connaît deux grands problèmes, à savoir le moment auquel il est organisé (généralement le vendredi soir) et l'appréciation de l'étudiant sur la base de chiffres.

Nous concluons : « A good doctor gives a better patient ».

En 2012, le congrès de l'EAPH se tiendra à Dublin.

Comité des médecins européens 2011 – Rapport du Conseil (Board) et de l'Assemblée générale - 26 novembre 2011 – Varsovie

Dr P. Beke

Accueil :

Le président, le docteur K. Radzwill, ouvre la réunion par l'annonce de la démission du vice-président belge, le docteur R. Lemye, et l'appel à un candidat pour son remplacement en tant que vice-président du CPME et du Board jusqu'en mai 2012. Le docteur P. Heikki Parve, Islande, est élu à cette fonction.

Dans son rapport de la présidence, le docteur Radzwill mentionne que les contacts dans les tentatives d'approche de l'Italie, l'Espagne et la France, les trois pays ayant quitté le CPME il y a quelques années, ne progressent pas, mais que la porte reste entrebâillée. Il fait remarquer que les nombreuses réunions par échanges électroniques se sont avérées très efficaces et qu'elles ont entraîné des économies appréciables.

Le président souhaite la bienvenue à deux nouveaux présidents, le docteur Mongoméry de la Chambre médicale allemande et le président de l'Association médicale grecque.

L'attention est attirée sur le problème qu'ont les médecins slovaques avec leur autorité et leurs mauvaises conditions de travail qui doivent d'urgence être réaménagées et améliorées. Le soutien moral du CPME serait très apprécié.

Après une brève présentation de l'EMSA, European Medical Student Association, et l'approbation du rapport de la réunion du CPME d'avril 2011, le professeur L. Wolfs est élu candidat au Management Board of the European Medicines Agency, EMA, qui se consacre essentiellement à la régulation des produits pharmaceutiques.

Suivent les thèmes spécifiques préparés par les groupes de travail et l'adoption des textes, parfois avec de légères adaptations.

Concernant la santé mentale, il s'agit d'un texte intitulé « Combating Stigma and Promoting Social Inclusion ». Il constitue un plan d'action du CPME pour combattre la stigmatisation du handicap mental dans la société, au travail, dans le cadre des études et de la formation. En particulier, les médecins devraient élargir leurs connaissances et leur expérience dans ce domaine et surtout, la santé mentale devrait figurer dans le curriculum de la formation.

« Smoking in the presence of children » traite de la protection des enfants et des femmes enceintes contre le tabac. Le CPME défend le droit de chaque enfant à vivre et grandir dans un environnement sans tabac. Un changement de comportement fondamental s'impose afin qu'il soit considéré inadmissible de fumer en présence d'enfants et de femmes enceintes. En outre, la vente de cigarettes à des mineurs devrait être interdite et déconseillée.

« European Standardisation » reflète la position du CPME concernant la proposition législative de l'UE en vue de standardiser les normes et mouvements au sein du Marché européen. Le CPME prône la protection adéquate et professionnelle de la qualité des soins et de la sécurité du patient, et l'exclusion des soins de santé du contrôle seul et absolu de l'autorité.

Concernant « Health Technology Assessment » (HTA), bon nombre de remarques ont été acceptées par les groupes de travail. Le CPME soutient des soins de santé fondés sur une Evidence Based Medicine (EBM) consciencieuse accordant la priorité à des traitements médicaux en fonction de l'utilité, de l'efficacité et de l'effectivité des coûts. Ces finalités doivent être standardisées et appliquées dans les différents Etats membres européens.

D'autres thèmes doivent encore être approfondis par les divers groupes de travail. Il s'agit notamment de « Healthy Ageing », la santé et le vieillissement. Trois axes seront développés : engager la lutte contre la fragilité accrue de la personne vieillissante, rechercher des équilibres entre la charge de travail et les capacités fonctionnelles de la population active, et la collaboration du CPME à l'élaboration de directives en matière de prescriptions dans le cadre de l'usage simultané de différents médicaments. Le CPME étudie aussi des initiatives en rapport avec un environnement de travail sain.

En ce qui concerne la directive sur le temps de travail, une enquête est actuellement en cours auprès des partenaires sociaux. Elle sera clôturée en décembre 2011. Les données seront ensuite étudiées et analysées. Un autre thème dont l'approfondissement se poursuit est celui de la directive sur les qualifications professionnelles. A cet égard, les réponses et la synthèse d'une enquête « papier vert » sont à l'étude. Quelles exigences professionnelles coupler à quelle qualification professionnelle, comment parvenir à une meilleure normalisation européenne et comment les qualifications professionnelles peuvent-elles être communiquées au-delà des frontières de manière sûre et transparente et être contrôlées online par les instances nationales compétentes ?

A propos du sujet « Pharmaceuticals », divers thèmes sont inscrits à l'agenda et plusieurs textes ont été communiqués, qui sont encore en discussion. On citera des items comme une plateforme de transparence en pharmacie, la problématique des biosimilaires, les questions et la transparence concernant tous les résultats d'études cliniques, positifs et négatifs, et l'utilisation de produits « orphelins ».

En ce qui concerne la carte d'identité électronique, il y a encore beaucoup à faire. Il n'y a pas encore d'unanimité au sujet de la manière dont elle doit être réalisée, sans parler de savoir si cela est faisable électroniquement. Il est clair que la carte d'identité professionnelle plastifiée n'est définitivement pas possible et que son coût serait prohibitif. Il est plaidé pour la création, à travers eHealth, d'un système informatique susceptible de fournir online rapidement et efficacement les informations administratives demandées. Une carte d'identité électronique médicale ne pourrait voir le jour que s'il existait dans chaque état membre concerné une carte d'identité électronique des citoyens à laquelle les données médicales pourraient être reliées. Malheureusement, ce n'est pas encore possible en Europe puisque pour l'instant seuls quelques Etats européens utilisent une carte d'identité électronique.

Un groupe de travail élabore des thèmes et des textes sur le sujet « Régime, alimentation et activité physique ». Des aspects divers sont abordés, notamment l'ostéoporose et la vitamine D, la mobilisation des praticiens de la santé pour un « Healthy Village Toolbox » et l'usage et l'abus d'alcool.

La réunion se termine par un mot de remerciement au président, le docteur Radzwill.

Prochaine réunion du CPME : avril 2012 à Bruxelles.
La rencontre de novembre 2012 se déroulera à Chypre.



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.